بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة أم القرى
كلية التربية بمكة المكرمة
الدراسات العليا

نموذج رقم (٨)

اجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية
بعد اجراء التعديلات المطلوبة

الاسم رباعي: نورة عبد الستار محمد مياه. **القسم:** علم النفس.

الدرجة العلمية: ماجستير. **التخصص:** الارشاد النفسي.

عنوان الاطروحة: السمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مجموعة من مرضى السكر بالمستشفيات الحكومية بمدينة مكة المكرمة.

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد،،،

فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الاطروحة المذكورة عاليه والتى تمت مناقشتها بتاريخ ١٤١٥/٤/٢٧هـ بقبول الاطروحة بعد اجراء التعديلات المطلوبة، وحيث قد تم عمل اللازم.

فإن اللجنة توصي باجازة الاطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة أعلاه والله الموفق.

أعضاء اللجنة

المشرف	مناقش من القسم	مناقش من خارج القسم
الاسم: د. محمد حمزة السليماني	د. عبد الرحيم حسين الجفري	د. عواطف فيصل بياري

رئيس قسم علم النفس

٥/١٨

د. محمد أنس قاضي مخدوم

*** يوضع هذا النموذج أمام الصفحة المقابلة لصفحة عنوان الاطروحة في كل نسخة.**

تجليد ٣٧ ٩٩٩٧

١٥٠٠٠٠
١٠٩٠٠

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى - بمكة المكرمة
كلية التربية - قسم الدراسات العليا
قسم علم النفس

٣٠١٠٢٠٠٠٠٠٢٥٢٨

السمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مجموعة من مرضى السكر بالمستشفيات الحكومية بمدينة مكة المكرمة

اعـــــــداد
نوره عبدالستار محمد مياه

اشراف الدكتور
محمد حمزة محمد السليماني

دراسة مقدمة الى قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة أم القرى كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس
"تخصص - ارشاد نفسي"

عام ١٤١٤هـ/١٩٩٤م

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى :

"وإذا مرضت فهو يشفيـن"

الشعراء : آية "٨٠"

اهـــــداء

الى أول رائد للعلم في بلادنا الحبيبة مولاي خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبدالعزيز آل سعود حفظه الله .

الى والداي الحبيبين أبي وأمي رحمهما الله جزاء ماقدما ه لـــي. الى أختي الحبيبة وتوأم روحي بيقم مع التقدير العميق والعرفان بالجميل .

أهدي جهدي المتواضع لكم جميعا

الباحثـــه

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بفضله تتم الصالحات والصلاة والسلام على سيد المرسلين وخاتم النبيين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم وبعد

فانني بعون من الله وفضله قد انتهيت من اعداد الرسالة ولا يسعني الا أن أتقدم بالشكر والعرفان للمشرف على هذه الرسالة أستاذي القدير سعادة الدكتور/ محمد حمزة محمد السليماني الذي كان لتوجيهاته العلمية القيمة الأثر الأكبر في اعداد خطة هذه الدراسة وبعد ذلك بمتابعته المستمرة وتعهده الدائم في ظهور هذا الجهد.

كما ولا يفوتني أن أشكر كلا من الأساتذة الكرام سعادة الدكتور/ عبدالمنان ملا معمور بار وسعادة الدكتور/ عبدالرحيم حسين الجفري على مساهمتهما في مناقشة خطة هذه الدراسة.

كذلك أتوجه بالشكر لقسم علم النفس لاتاحته فرصة اتمام هذه الدراسة كما وأوجه شكري لعمادة كلية التربية ولعميد كلية التربية.

كما يسرني أن أشكر جميع العاملين بالحاسب الآلي بجامعة أم القرى وخصوصا الاستاذ بختيار شامي على جهودهم.

كذلك يسرني ان اتقدم بالشكر لسعادة مدير الشئون الصحية الاستاذ عمران كاتب ومساعده للشئون الفنية سعادة الدكتور / حمزة العباسي ولسعادة المدراء والمشرفين على المستشفيات وكل من ساهم من منسوبي وزارة الصحة في هذا العمل وأخص بالشكر سعادة الدكتور طلال اكرام والدكتور خالد الطيب والدكتور / سامي بانا والدكتور / محمود الجلاغي والاخت العزيزة الدكتوره فاطمة المنجد لتعاونهم .

كما اتوجه بالشكر للمدراء والعاملين بمدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية و جامعة الملك سعود ومستشفيات الحرس الوطني لتعاونهم .

كذلك أتوجه بالشكر لجميع أفراد عينة الدراسة من المرضى السكريين والأفراد العاديين لتعاونهم أثناء اجراء الاختبارات وأخص بالشكر سعادة الدكتور/ جابر الطيب.

كما أشكر كل من زودني بمعلومة أو أعارني كتابا أو أفادني في هذه الدراسة.

كما اخص بالشكر الأخت الكريمة الدكتورة/ فلاح على الكيلاني واخي الكريم / أحمد مسكي على ما بذلوه من جهد فجزاهم وجزى الجميع عني خير الجزاء.

الباحثة

نوره عبدالستار محمد مياه

ملخص الدراسة

اسم الباحثة: نوره عبدالستار محمد مياه

عنوان الدراسة:السمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مجموعة من مرضى السكر بالمستشفيات الحكومية بمدينة مكة المكرمة.

أهداف الدراسة:معرفة الفروق بين مرضى السكر والعاديين في جميع ابعاد(مقياس الشخصية) ومعرفة الفروق في الذكاء اضافة الى معرفة الفروق بين مجموعة مرضى السكرحسب (المستوى التعليمي ، والحالةالاجتماعية ، والعامل الوراثي،ومدة الاصابة بالمرض ، والجنس "الذكور والاناث"، والتشخيص).

تصميم الدراسة:قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي في دراستها، معتمدة على بعض الأساليب الاحصائية لاختبارفروضها المتمثلة في المتوسطات،واختبار(ت)، وتحليل التباين آحادي الاتجاه .

العينة: تم اجراء الدراسة على عينة مكونة من ٤٠٠ فردا وقد قسمت الى مجموعتين يبلغ عدد كل مجموعة (٢٠٠) فردا تمثل:

أ - (٢٠٠) من مرضى السكر .

ب - (٢٠٠) من العاديين .

الأدوات: ١ - اختبار الشخصية (برنرويتر) .

٢ - اختبار رافن لقياس الذكاء.

اهم النتائج: ١ - أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكروالعاديين في بعض ابعاد مقياس الشخصية المستخدم فى الدراسة وتتمثل في الفروض (الأول والثالث والخامس والسابع) بالنسبة لابعاد (الميل العصابي والانطواء - الانبساط والثقة بالنفس) اضافة الى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين حسب الذكاء .

٢ - عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب (المستوى التعليمي ، والحالة الاجتماعية ، والعامل الوراثي ، ومدة الاصابة، وجنس المريض(ذكوروناث) وتشخيص المرض ،وذلك فىالفروض (من الثامن الى الثالث عشر).

أهم التوصيات:١ - انشاء مراكز متخصصة لعلاج مرضى السكرتكون مهيئه من جميع الامكانيات البشرية والمادية.

٢ - ان يقوم المركز بتقديم الارشاد اللازم لذوى المرضى السكريين من حيث التعامل والمشاركه الفعالة فى الأسرة .

٣ - السعى لايجاد علاقه تفاعليه بين المركز والمريض السكرى من خلال الاخصائى النفسى الذى يقوم بهذا الدور .

٤ - اجراء الدراسة على مناطق اخرى حتى نستطيع التوصل الى نتائج اخرى تكون ذات فائدة .

الطالبة	المشرف	عميد كلية التربية
الاسم: نوره عبد الستار مياه	الاسم:د. محمد حمزه السليمانى	الاسم: د.عبدالعزيزعبدالله خياط
التوقيع:	التوقيع:	التوقيع:

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الاهـــــداء	
الشكـــــر	أ
ملخص الدراسة	ب
الفصل الأول	
مقدمة	٢
مشكلة الدراسة	٤
أهداف الدراسة	٥
أهمية الدراسة	٦
مصطلحات الدراسة	٧
حدود الدراسة	٨
الفصل الثانى	
الاطار النظرى	
أ- المفاهيم	١١
أولا: مفهوم الشخصية	١١
تعريفات الشخصية	١٢
نظريات الشخصية	١٣
ثانيا: سمات الشخصية	٢٤
١- الميل العصابي	٢٥
أ- القلق النفسى العصابي	٢٦
ب- توهم المرض	٢٦
ج- الاكتئاب العصابي	٢٧
٢- الاكتفاء الذاتي	٢٨
٣- الانطواء والانبساط	٢٨
٤- السيطرة والخضوع	٣٠
٥- الثقة بالنفس	٣٠
٦- المشاركة الاجتماعية	٣١

ثالثـا:الشخصية السوية والمرضية وأثر الغدد الصماء على الشخصي ٣١
رابعا:التنظيم الانفعالي في ضوء نظريات الشخصية ٣٣
١- نظرية السمات عند البورت ٣٣
٢- نظرية السمات عند كاتل ٣٦
٣- نظرية يونج التحليلية ٣٧
٤- نظرية ايزنك ٣٨
خامسا:التنظيم العقلي أو المعرفي ٣٩
- المنظومة المعرفية ٤٠
- الذكاء والتقبل المرضى ٤١
- مستوى التعلم وتقبل المرض ٤٢
سادسا:مرض السكر ٤٣
١- تعريف مرض السكر ٤٣
٢- أنواع مرض السكر ٤٤
٣- أعراض الاصابة ٤٥
٤- أسباب الاصابة ٤٦
٥- أهم مضاعفات مرض السكر ٤٨
٦- مضاعفات سكر الدم ٥٠
٧- أسباب أنتشار مرض السكر ٥١
٨- العلاج ومكافحة الداء ٥١
ب - الدراسات السابقة ٥٣
ج - التعليق على الدراسات السابقة ٦٣
فروض الدراسة ٦٤

الفصل الثالث

منهج الدراسة واجراءاتها التنفيذية ٦٧
١- منهج الدراسة ٦٧
٢- عينة الدراسة ٦٧
٣- أسس اختيار العينة ٦٧
٤- خصائص العينة ٦٨
٥- الأدوات المستخدمة في الدراسة ٧٠
٦- اجراءات التطبيق ٧٧

٧- الأسلوب الاحصائي ٧٨

الفصل الرابع

- نتائج الدراســـة ومناقشتها ٨١

الفصل الخامس

١ - ملخص النتائج ٩٩

٢ - التوصيات والمقترحات ١٠١

المراجـــــع

١- المراجع العربية ١٠٦

٢- المراجع الاجنبيه ١١٠

الملاحـــق

١- اختبار الشخصية ١١٥

٢- اختبار المصفوفات المتتابعة ١٢٠

٣- استمارة البيانات والمعلومات الشخصية ١٨٣

٤- الخطابات ١٨٦

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجــــداول	الصفحــــة
١	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	٦٨
٢	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في مستوى التعليم	٦٩
٣	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	٦٩
٤	يوضح توزيع أفراد العينة حسب تشخيص مرض السكر	٧٠
٥	يوضح توزيع أفراد العينة حسب العامل الوراثى	٧٠
٦	يوضح نسبة الاصابة حسب مدة الاصابة بمرض السكر	٧٠
٧	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في الميل العصابي	٨١
٨	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد الاكتفاء الذاتي	٨٣
٩	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد(الانطواء- الانبساط)	٨٤
١٠	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد (السيطرة- الخضوع)	٨٥
١١	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد الثقة بالنفس	٨٦
١٢	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد المشاركة الاجتماعية	٨٧
١٣	يوضح الفروق بين مرضى السكر والعاديين في الذكاء	٨٩
١٤	يوضح الفروق بين مرضى السكر حسب المستوى التعليمي	٩٠
١٥	يوضح الفروق بين مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية	٩١
١٦	يوضح الفروق بين مرضى السكر حسب العامل الوراثي	٩٢
١٧	يوضح الفروق بين مرضى السكر حسب مدة الاصابة	٩٤
١٨	يوضح الفروق بين مرضى السكر الذكور والاناث	٩٥
١٩	يوضح الفروق بين مرضى السكر حسب تشخيص مرض السكر	٩٦

الفصل الاول

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

المقدمة :

يعتبر مجال الطب النفسي موردا خصبا لدراسة السمات الشخصية ، ولقد استطاع المحللون الانتهاء الى تركيبات في سمات الشخصية استطاعوا من خلالها تمييز الاشخاص ذوي المرض الواحد عن الأشخاص الآخرين ، واستطاع المحللون بعد ذلك تشخيص نحو (٤١٪) من الحالات وهي نسبة جديرة بالاهتمام حيث أمكن تشخيص الامراض بالاعتماد على نمط السلوك والحالة الوجدانية لدى المرضى ، وقد تبين للعلماء من خلال ملاحظاتهم (العلاجية) أن هناك بعض الأمراض تحدث وتتكرر بين أشخاص يشتركون في انماط شخصية وعقلية مميزة ، (الزراد ، ١٩٨٤م).

ومن ذلك ما انتهى اليه (رينج) الى أن انماط الشخصية لا توجد فحسب بل وتقع في ثلاث مجموعات عريضة الاولى (مفرطوا التفاعل) الذين يثورون بسرعة ويتفاعلون مع غضبهم ومخاوفهم ، وهذه الفئة تشمل مرضى انسداد الشرايين التاجية والتهاب المفاصل التآكلي ، وقرح الجهاز الهضمي ، وعلى النقيض من هذا النمط نجد نمطا آخر يميل الى كبت مخاوفه وانفعالاته وقد سمي بنمط (ناقصوا التفاعل) ويقع في هذه الفئة الالتهاب الجلدي والتهاب المفاصل شبه الروماتزمي ، والتهاب القولون التقرحي ، أما النمط الثالث : فهو (مقيدي التفاعل) حيث يشعر المريض بمخاوفه وانفعالاته ولكن دون أن يتفاعل معها أو يعبر عنها ، وتضم هذه الفئة مرضى الربو ، والبول السكري وارتفاع ضغط الدم ، فرط افراز الغدة الدرقية ، والصداع النصفي ، (المرجع السابق) .

ولقد اثبتت الدراسات والابحاث ان للجهاز الغددي عن طريق الافرازات التي يصبها في الدم تأثيرا كبيرا في النمو الجسمي والنضج الجنسي والاتزان الانفعالي وحالة الفرد المزاجية وفي شخصيته وسلوكه . ولقد كان يقال قديما "اننا نتاج لغددنا أو أن غددنا هي التي تصنعنا" ، (فهمي ١٩٧٥م ، العيسوي ١٩٩٠م).

ومن المعروف "أن مرض السكر ينتج عن اضطراب في وظيفة غدة البنكرياس ، والانسولين – هو عصارة هذه الغدة – ينتج ويمتص بكميات غير كافية وكذلك السكر والنشويات لا تستعمل بطريقة كافية" ، (حمزة ، ١٩٧٥م : ٢٤٦).

ولقد أثبتت الدراسات ان هناك ثمة تأثير متبادل بين هرمونات الغدد والجهاز العصبي فكلما يزداد مثلا افراز الادرينالين في حالات الانفعال فان الاضطرابات

العصبية تؤدي احيانا الى اضطرابات في وظيفة الغدد الصماء كما هو الحال في مرض السكر ، (الموسوعة الطبية ، ١٩٩١م).

ولكن مرض السكر من الامراض التي يحمل الفرد استعدادا للاصابة بها غالبا ما يكون وراثيا ، ينتقل عبر الاجيال . ويرجع ذلك الى وجود قصور في وظائف الغدد الصماء أي الغدد التي تفرز أنواع (الهرمونات) في الجسم وعلى الاخص في غدة البنكرياس ، (رويحه ، ١٩٧٣م).

ومما لا شك فيه ان للإنفعالات النفسية في بعض الحالات كما يذكر رويحه تأثيرا باعثا للاصابة بمرض السكر اذا وجد الاستعداد لها ، كما أن الاعراض المصاحبة لهذا المرض كالخوف والقلق وسرعة الاثارة واليأس هي التي تؤدي الى تفاقم المرض.

(رويحه ١٩٧٣م ،غازى ١٩٨٤م).

واذا أردنا ان نتحدث عن نسبة انتشار هذا المرض نجد أن الولايات المتحدة من أوائل الدول تضررا حيث ان نسبة انتشار المرض فيها كبيرة حيث يبلغ عدد المصابين ٤ ملايين مصاب بداء السكري ، (هاريسون ، ١٩٧٨م) .

وقد كانت نسبة الوفيات بهذا المرض في الولايات المتحدة عام ١٩٣٣م ، هي ٢٦ للألف من الاناث ، و ١٥ للألف من الاطفال الذكور على ان هذا المرض أكثر شيوعا في الولايات المتحدة عنه في اوروبا ، (حمزة ، ١٩٧٥م).

ونظرا للإهتمام بمعرفة اسباب ارتفاع نسبة الاصابة عملت عدة ابحاث واختبارات نفسية على المصابين بالسكر كما أوردها (حمزة ،١٩٧٥م) وكانت نتيجة الدراسة ان المصابين بالسكر حصلوا على نتائج أقل من المجموعة المقارنة في اختبار حذف الارقام وكذلك في اختبار تذكر الارقام او تذكر الكلمات واتضح ايضا ان الدرجات التي حصل عليها مرضى السكر كانت أقل من الدرجات التي حصل عليها افراد عينة المقارنة.

ومن خلال معايشة الباحثة بحكم طبيعة عملها لوحظ أن هناك عدد كبير من المرضى المصابين بالسكر يترددون على العيادات النفسية بسبب القلق والانفعالات المتزايدة والحساسية المفرطة في سلوكهم مما أثار اهتمام الباحثة بهذه الفئة من المرضى ولفت انتباهها الى تلك الجوانب النفسية ومن هذا المنطلق رأت الباحثه القيام بهذه الدراسة لمعرفة سمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مجموعة من مرضى السكر في مدينة مكة المكرمة .

مشكلة الدراسة :

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في السؤالين الرئيسيين التاليين :

١- هل تختلف سمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مرضى السكر عن سمات الشخصية والخصائص العقلية لدى الافراد العاديين ؟

٢- هل تختلف سمات الشخصية و الخصائص العقلية لدى مرضى السكر تبعاً لبعض المتغيرات الشخصية ؟

وينبثق عن هذين السؤالين عدة أسئلة فرعية هي :

١ - هل مرضى السكر أكثر ميلا للعصابية عن العاديين ؟

٢ - هل مرضى السكر اكثر ميلا للإكتفاء الذاتي عن العاديين ؟

٣ - هل مرضى السكر أكثر ميلا للانطواء واقل ميلا للانبساط عن العاديين ؟

٤- هل مرضى السكر اقل ميلا للسيطرة عن العاديين ؟

٥ - هل مرضى السكر أقل ثقة بأنفسهم عن العاديين ؟

٦ - هل مرضى السكر أقل مشاركة اجتماعية عن العاديين ؟

٧ - هل مرضى السكر أقل ذكاء في المتوسط عن العاديين ؟

٨ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب المستوى التعليمي؟

٩ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية ؟

١٠ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب العامل الوراثي ؟

١١ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب مدة الاصابة ؟

١٢ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب الجنس(ذكور- اناث)؟

١٣ - هل يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب تشخيص مرض السكر (النوع الاول - النوع الثاني) ؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية الى :

١ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر أكثر ميلا للعصابية منهم عن الاشخاص العاديين .

٢ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر اكثر ميلا للاكتفاء الذاتي عن الاشخاص العاديين .

٣ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر اكثر ميلا للانطواء وأقل ميلا للانبساط عن الاشخاص العاديين .

٤ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر اقل ميلا للسيطرة وأكثر ميلا للخضوع عن الاشخاص العاديين .

٥ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكرأقل ثقة بأنفسهم عن الاشخاص العاديين .

٦ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر أقل مشاركة اجتماعية عن الاشخاص العاديين .

٧ – التعرف على ما اذا كان مرضى السكر اقل ذكاء عن غيرهم من الأشخاص العاديين .

٨ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب المستوى التعليمي .

٩ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية .

١٠ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب العامل الوراثي .

١١ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب مدة الاصابة .

١٢ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب الجنس (ذكور – اناث) .

١٣ – التعرف على ما اذا كان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب تشخيص مرض السكر .

أهمية الدراسة :

١ - ترجع أهمية هذه الدراسة الى كونها المحاولة الاولى من نوعها في المملكة العربية السعودية وربما على مستوى الدول الخليجية والعربية (على حد علم الباحثة) ، والتي تتناول السمات الشخصية والخصائص العقلية لمرضى السكر .

٢ - يعتبر مجال البحث في المشكلات النفسية لمرضى السكر في المجال الصحي في بلادنا وفي اغلب البلاد العربية من المجالات الحديثة وغير المطروحة من جانب الدارسين والباحثين في المجال النفسي اذا ما قارناه بآلاف الابحاث والدراسات في المجالات الاخرى الاقتصادية منها والتجارية والزراعية والمجالات الطبية والنفسية الاخرى .

٣ - كما ترجع أهمية هذه الدراسة ايضا كون مرض السكر آخذ بالازدياد المطرد في السنوات الأخيرة وما يؤدي الاصابة به الى حدوث بعض الاضطرابات في شخصية المصاب ينعكس على الفرد والمجتمع . بالاضافة الى التكلفة الاقتصادية لهذا المرض سواء على مستوى الفرد او على مستوى المجتمع هذا عدا ما يوفر الحد منه من قيام مراكز صحية متخصصة تستوعب هذه الاعداد المطردة من مرضى السكر حيث اظهرت الاحصاءات ان هناك ١٠٠مليون فرد على الاقل مصابون بهذا المرض وان هناك ١٢مليون مريض فى الولايات المتحده و٢٠٠ ألف مريض فى الاردن واذا علمنا ان عدد مرضى السكر فى مستشفى الملك عبدالعزيز بمكة المكرمة يبلغ على التوالى عام ١٤١١هـ (٧٣٧٨) ١٤١٢هـ (٦٧٦١) ١٤١٣هـ (٧٠١٩) ١٤١٤هـ (٧٩٣٩) عرفنا حجم المشكلة التى تتطلب منا تضافر الجهود للتقليص منها.

(رويحه ١٩٧٣م،هاريسون ١٩٧٨م،الزاهرى ١٩٩٣م،احصاءات م. المللك عبد العزيز).

٤ - ترجع اهمية هذه الدراسة ايضا الى ان مرض السكر من الامراض التي يمكن السيطرة عليه كما أشار (رويحه١٩٧٣م ، ابوخطوة١٩٨٩م) وهذا يتطلب معرفة جوانب مختلفة وكثيرة . احدى هذه الجوانب ذات الأهمية الكبيرة الجانب النفسي لمريض السكر .

٥ - وترجع اهمية هذه الدراسة كذلك الى كون مرض السكر ليس مرضا واحدا في حد ذاته يمكن معالجته بل هو عبارة عن مجموعة امراض وذلك لمضاعفات مرض

السكر اذا استمر دون معالجة ورعاية طبية ونفسية .

(ابو خطوة وآخرون ، ١٩٨٩م ، الدنشاري وآخرون ١٩٩٤م).

مصطلحات الدراسة :

١ – الشخصية :

هي "مجموع صفات الشخص كما تبدو في علاقاته مع الناس أو أنها مركب من صفات مختلفة تميز الشخص عن غيره خاصة من ناحية التكيف للمواقف الاجتماعيه" ، (راجح ، بدون : ٤٥٩) .

وترى الباحثة ان هذا التعريف يتفق مع ما يقيسه (اختبار الشخصية لبرنرويتر ، ١٩٦٠م) من حيث اشتماله للجوانب الاجتماعية والانفعالية .

٢ – مرض السكر :

هو "ارتفاع نسبة السكريات في الدم عن معدلها الطبيعي" .

(الموسوعة الطبية ، ١٩٩١م : ٨٧٨)

٣ – الذكاء :

هناك العديد من التعاريف للذكاء حسب طبيعة الدراسة والهدف . ومن هذه التعاريف تعريف "ترمان" Terman الذي عرفه بأنه "القدرة على التفكير المجرد أي القدرة على التفكر بالرموز من ألفاظ وعبارات ، وأرقام مجردة من مدلولاتها الحسية" ، (راجح ، بدون : ٤٠٤) .

وترى الباحثة ان هذا التعريف يتناسب مع ما يشتمل عليه اختبار المصفوفات المستخدم في هذه الدراسة الا انه لا بد من توضيح التعريف الاجرائىالمستخدم في هذه الدراسة وهو : "الدرجة الخام التي يحققها المفحوص على اختبار المصفوفات المتتابعة " .

٤ – المستوى التعليمي :

يقصد به الدرجة العلمية الحاصل عليها المفحوص عند تطبيق الاختبار .

٥ – الحالة الاجتماعية :

يقصد بها حالة المفحوص الاجتماعية (اعزب – متزوج – مطلق – ارمل) عند تطبيق الاختبار .

٦ – **العامل الوراثي :**

يقصد به سبب الاصابة بمرض السكر عن طريق الوراثة سواء كان عن طريق (الأب – الأم – الأم والاب معا – أحد الأقارب) .

٧ – **مدة الأصابة :**

يقصد بها عدد سنوات الاصابة بمرض السكر عند تطبيق الاختبار .

٨ – **التشخيص :**

يقصد به تقسيم مرض السكر الى نوعين (النوع الاول المعتمد على الانسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الانسولين) .

حدود الدراسة :

حدود مكانية: تم تحديد نطاق تطبيق هذه الدراسة على المستشفيات الحكومية بمدينة مكة المكرمة (مستشفى الملك عبد العزيز / الملك فيصل / اجياد العام / حراء العام / النور التخصصي).

حدود زمانية: تم اجراء هذه الدراسة في الفترة من ١٤١٤/٣/١هـ إلى١٤١٤/٥/٣٠هـ.

حدود العينة: تم اجراء هذه الدراسة على عينة مكونة من (٤٠٠) فرداً (٢٠٠) من مرضى السكر من السعوديين (ذكور، أناث) المترددين على العيادات السكرية المتخصصة أو عيادات الباطنة بالنسبة للمستشفيات التى لايوجد بها عيادات متخصصة ولم تستطيع الباحثة التوصل الى احصاءات متكاملة لمرضى السكر لعدم توفرها أثناء اجراء الدراسة و (٢٠٠) من الأفراد العاديين الذين لم يسبق لهم الاصابة بمرض السكرحتى موعد اجراء الدراسة وقد روعي في اختيار العينة التجانس والتماثل من حيث الظروف الاجتماعية والعمر الزمني والنوعية (ذكور – أناث) والمستوى التعليمي حتى تتحقق أهداف الدراسة.

الـــــفـصــل الـــثـــانـــــي :

الاطار النظري

أ - المفاهيم

اولا : مفهوم لشخصية :

- تعريفات الشخصية .
- نظريات الشخصية .

ثانيا : سمات الشخصية :

١ - الميل العصابي :

أ - القلق العصابي .

ب - توهم المرض .

جـ - الاكتئاب العصابي .

٢ - الاكتفاء الذاتي.

٣ - الانطواء والانبساط .

٤ - السيطرة - الخضوع .

٥ - الثقة بالنفس .

٦ - المشاركة الاجتماعية .

ثالثا : الشخصية السوية والمرضية وأثر الغدد الصماء على الشخصية .

رابعا: التنظيم الانفعالي في ضوء نظريات الشخصية :

١ - نظرية السمات عند البورت

٢ - نظرية السمات عند كاتل .

٣ - نظرية يونج التحليلية .

٤ - نظرية ايزنك .

خامسا: التنظيم العقلي او المعرفي :

المنظومة المعرفية .

الذكاء والتقبل المرضي .

مستوى التعليم وتقبل المرض .

سادساً: مرض السكر:

١- تعريف مرض السكر.

٢- أنواع مرض السكر.

٣- أعراض مرض السكر.

٤- أسباب الاصابة.

٥- أهم مضاعفات مرض السكر.

٦- مضاعفات سكر الدم.

٧- أسباب انتشار مرض السكر.

٨- العلاج ومكافحة الداء.

ب - الدراسات السابقة .

جـ - التعليق على الدراسات السابقة .

فروض الدراسة .

أ – المفاهيم :

أولا : مفهوم الشخصية :

اذا نظرنا الى هذا المفهوم نجده من المفاهيم الشائع استخدامها في مجال الدراسات النفسية سواء على مستوى الفرد العادي او على مستوى عالم النفس المتخصص في هذا المجال . ويرجع ذلك الى مرونة هذه الكلمة ونظرا للإختلاف بين العلماء حسب المدارس التي ينتمون اليها مما جعل هذه الكلمة تحتمل عدة مدلولات وعدد من المعاني والتفسيرات ولكن نستطيع القول أن كلمة الشخصية ترتبط بالسلوك الانساني بطريقة علمية ولا شك ان ذلك يتطلب منا الرجوع الى أصل هذه الكلمة والمفاهيم المشتقة منها .

- معنى الشخصية :

كلمة الشخصية في اللغة العربية "مشتقة من شخص الشئ شخوصا ارتفع وبدا بعيدا وشخص الشئ : عينه وميزه مما سواه ويقال شخص الداء وشخص المشكلة والشخص كل جسم له ارتفاع وظهور ، وغلب في الإنسان" .

(المعجم الوجيز ، ١٩٨٩م : ٣٣٧)

- الشخصية عند الفلاسفة : "الذات الواعية لكيانها ، المستقلة في ارادتها ومنه "الشخص الاخلاق" وهو من توافرت فيه صفات تؤهله للمشاركة العقلية والاخلاقية في مجتمع انساني والجمع منها اشخاص وشخوص والشخص يقال امر شخصي : يخص انسانا بعينه ، والشخصية : صفات تميز الشخص من غيره يقال : فلان ذو شخصية قوية : ذو صفات متميزة وارادة وكيان مستقل" ،(المرجع السابق : ٣٣٧).

- أصل كلمة الشخصية :

اذا نظرنا الى الأصل في كلمة الشخصية Personality "انها مشتقة من الاصل اللاتيني Persona ومعنى : ذلك القناع الذي كان يلبسه الممثل في العصور القديمة ليؤدي دوره على خشبة المسرح فيظهر أمام الجمهور بمظهر خاص ، يتمشى ويساير طبيعة دوره المسرحي ، "(داود وآخرون ، ١٩٩٠م : ٧) .

تعريفات الشخصية :

اختلفت تعريفاتها نظرا لتعقد دراسة الشخصية وتعتبر الشخصية كلا معقد متعدد الجوانب وهذا ما جعل كل تعريف يختلف عن الآخر في اشتماله على جوانب معينة دون الاخرى . وفي هذا المجال سوف تذكر الباحثة التعريفات الأكثر تقبلا من عدد كبير من المؤلفين والأكثر توافقا مع الدراسة الحالية من حيث الاختبار المستخدم.

١ - **تعريف آلبورت Allport 1937 :**

هي التنظيم الدينامي داخل الفرد لتلك الاجهزة النفسية الجسمية التي تحدد طابعه الخارجي في توافقه لبيئته" ، (عبدالخالق ، ١٩٩٠م : ٣٩) .

وقد استبدل (عبدالخالق ، ١٩٩٠م) ، نص (توافقه لبيئته) عبارة "التي تحدد خصائص سلوكه وفكره وهذا التعريف يؤكد على طبيعة الشخصية (التفاعلية) كما يركز على الجوانب الداخلية أكثر من المظاهر السطحية ،(المرجع السابق) .

كما ذكر (عبدالخالق ، ١٩٩٠م) بأن هذا التعريف يتضمن فكرة التنظيم الداخلي أي أن ا لشخصية ليست مجرد مجموعة أجزاء بل عملية تنظيمية متكاملة ضرورية لتفسير نمو الشخصية وتركيبها . أما الناحية (النفسية الجسمية) ، فتعني أن تنظيم الشخصية يتضمن عمل كل من العقل والجسم في وحدة لا تنفصم بينما تشير الاجهزة الى وجود نظام مركب من العناصر التي تتفاعل في تبادل .

(المرجع السابق) .

٢ - **تعريف جيلفورد Guilford 1950 :**

"هي ذلك النموذج الفريد الذي تتكون منه سماته" ،(المرجع السابق : ٤٠) .

ويركز هذا التعريف على مبدأ الفروق الفردية وعلى مفهوم السمة .

٣ - **تعريف كاتل Cattel 1965 :**

"هي ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الشخص عندما يوضع في موقف معين" .

(المرجع السابق : ٤٠) .

ويضيف (كاتل) أيضا أن الشخصية تختص بكل سلوك يصدر عن الفرد سواء كان ظاهرا أم خفيا ، ويعتبر تعريفه هذا تعريفا عاما يركز على القيمة التنبؤية لمفهوم الشخصية ،(المرجع السابق) .

٤ - **تعريف ايزنك Eysenck 1960**

"الشخصية هي ذلك التنظيم الثابت والدائم الى حدما ، لطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه ، والذي يحدد توافقه الفريد لبيئته " ، (المرجع السابق :٤٠) .

وتشير الطباع الى جهاز السلوك النزوعي وهي التي تمثل الارادة أما المزاج فيشير الى السلوك الوجداني وهو الذي يمثل (الانفعال) ، على حين يشير العقل الى السلوك المعرفي والذي يمثل (الذكاء) ، ويقصد بالبنية شكل الجسم و (المورثات) العصبية والغدية للفرد ، ويتضح من خلال التعريف أنه يركز كثيرا على مفهوم كل من الجهاز والتركيب والتنظيم ، (المرجع السابق) .

وترى الباحثة أن هذا التعريف هو الأكثر ملاءمة ويتمشى مع طبيعة الدراسة الحالية وذلك لاشتماله على الجوانب السلوكية والوجدانية والمعرفية بالاضافة الى شكل الجسم والبنية وتأثيرات الغدد على الفرد .

نظريات الشخصية :

هناك العديد من النظريات التي تطرقت الى موضوع الشخصية وتناولتها من عدة جوانب وتختلف كل نظرية عن الأخرى وفقا للمدرسة التابعة لها تبعا لوجهة نظر صاحب النظرية وسوف تكتفي الباحثة بعرض النظريات التي لها علاقة بالدراسة الحالية .

أولا : نظريات الانماط Theories of Types

* **نظرية كرتشمر ١٩٢٥م :**

تصف التراكيب الجسمية (تراكيب الاجسام الحية) في علاقتها بكل من الخلق والشخصية وفي محاولة لرسم صورة لنظريته وضع كرتشمر أنماط ثلاثة رئيسية للتكوين الجسمي هي :

- النمط البدين : ويتمثل في الشخص ممتلئ الجسم ومقيد الساقين وسميك العنق وعريض الوجه .
- النمط النحيل : ويتمثل في الجسم الطويل النحيل ، طويل الاطراف دقيق السمات ونحيلها .
- النمط الرياضي : وهو أشبه بالنوع السابق سوى أنه قوي العضلات ممتلئ الجسم

ويشبه الرياضيين في تكوين بنيتهم ، ثم أضاف كرتشمر نوع رابع اسماه :

- النمط (مشوه البنية) : يتمثل في تكوين الاشخاص الذين يقعون – ربما بسبب اختلال في افرازات الغدد أو غيرها – في مجالات خارج نطاق المجالات السابقة.

(غنيم ، ١٩٧٢م ، زهران ، ١٩٨٧م) .

ولقد كان كرتشمر يعتقد بوجود علاقة ملحوظة بين كل نمط من هذه الأنماط الجسمية الثلاثة الرئيسية وبين الصفات المزاجية والشخصية ، ونتيجة لتركيزه على دراسة حالات الهوس والاكتئاب والفصام اعتقد بأن انماط الجسم ترتبط ارتباطا وثيقا بانماط مزاجية وذهانية معينة • وتوصل ايضا الى أن هناك مجموعتين اساسيتين من حالات الذهان وهما حالات الهوس والاكتئاب وحالات الفصام ووصف المجموعة الاولى بأنها تكون في حالة انبساط زائدة وكثرة نشاط وحركة ، أما حالات الفصام فتشترك أعراضها في تبلبل الافكار وعدم انتظامها وعدم المبالاة والتبلد العاطفي والهلوسة والسلبية والاضطراب الانفعالي ولقد بحث كرتشمر أيضا فيما اذا كانت هناك ثمة علاقة بين هذه الاضطرابات السلوكية والخصائص الجسمية المعينة ، ولقد استنتج من الدراسة التي قام بها على ٤٠٠ مريضا عقليا وجد أن هناك علاقة واضحة وملحوظة بين النمط الجسمي والاضطراب العقلي ، (غنيم ، ١٩٧٢م) .

وقد اشار(غنيم ،١٩٧٢م) الى ان دراسة كرتشمر تفتقر الى الوسائل الدقيقة لقياس الصفات الجسمية كما أنه أغفل عاملا هاما له تأثيره على حالات الفصام وهو عامل السن حيث أن حالات الفصام تميل الى الظهور في سن مبكرة بينما حالات الهوس والاكتئاب تظهر في سن متأخرة .

* **نظرية يونج ١٩٤٣م :**

تذهب الى أن "الشخصية تتحرك في اتجاهين مختلفين : انطواء وانبساط فهناك نوع من الناس لحظة الاستجابة لمثير معين ، يتخذ في أول الأمر موقع الانسحاب أو الاحجام ثم بعد ذلك يمكنه القيام بالاستجابة بينما نوع آخر اذا وجد نفسه في هذا الموقف يقوم على اتخاذ الإستجابة وهو على ثقة ان سلوكه سليم بشكل واضح .

أما النوع الاول فيتميز بعلاقة سلبية معينة للموضوع ، بينما النوع الثاني يتميز بعلاقة ايجابية ، النوع الاول يطابق الاتجاه المنطوي بينما النوع الثاني فيطابق الاتجاه

المنبسط ، (المرجع السابق : ٢٤٢) .

ولقد ميز يونج بين الإتجاهين الاساسيين :

- الاتجاه المنبسط : يتميز بالاهتمام بالاحداث الخارجية وبالناس والاشياء وتكوين علاقات معهم والاعتماد عليهم ، واذا أصبح عادة لدى الفرد فإن يونج يصفه في هذه الحالة بالنمط المنبسط وهو النمط الذي تحركه العوامل الخارجية ويتأثر الى حد بعيد بالبيئة .
- الاتجاه المنطوي : فهو على العكس من ذلك يتميز بالانسحابية ويتجه نحو الذات ويتركز حول العوامل الذاتية وحين يصبح هذا الاتجاه سائدا عند الفرد فان يونج يصفه في هذه الحالة بالنمط المنطوي ، وهو النمط الذي يفتقر الى الثقة ، وغير اجتماعي ، يميل الى التمركز حول ذاته وخبراته الشخصية .

(عاقل ١٩٦٨م، غنيم١٩٧٢م، ودورث١٩٨١م).

والحقيقة رغم أن نظرية يونج في الشخصية تطبق على نطاق واسع من الظاهرات الانسانية وتعتبر كواحدة من أبرز الانجازات في الفكر الحديث ولكن النتائج تشير الى ان الناس لا يندرجون في فئتي الانطوائيين أو الانبساطيين بل ان كلا الاتجاهين يوجدان بنسب مختلفة لدى جميع الناس تقريبا ، (لندزي ، ١٩٧١م) .

* **نظرية شيلدون ١٩٤٠م**

تقوم نظريته على البساطة والتخصص ، ويعتقد شيلدون بأن المتغيرات (الطبيعية) والمزاجية تلعب دورا هاما في تمثيل السلوك الانساني ، ويحاول شيلدون أن يشخص ويوفر مقاييس مناسبة للمكونات (الطبيعية) للجسم الانساني وهو يفترض أن المحددات الوراثية وغيرها من المحددات (الفطرية) تلعب دورا حاسما في تطور الفرد ويفترض أيضا أن هناك بناء (فطريا) يكمن وراء البنيان الجسمي الخارجي الملاحظ .

ولقد توصل (شيلدون وزملاؤه ،١٩٥٤م) الى قائمة من ثلاثة مكونات وذلك (لتنظيم) وتقييم البناء (الطبيعي) للجسم وهي :

- المكون الاول : هو الداخلي التركيب ويتميز بالنعومة والمظهر الكروي .
- المكون الثاني : المتوسط التركيب يتميز بالصلابة مع سيطرة العظام والعضلات .

- المكون الثالث : الخارجي التركيب عادة ما يكون رفيعا خفيف العضلات .

(لندزي ، ١٩٧١م ، عيسوي ، ١٩٩٠م) .

والحقيقة ان شيلدون رغم ما أكده لنا من وجود علاقة ذات صلات قوية بين البناء الجسمي والشخصية الا ان معظم معاملات الارتباط لديه كانت عالية بدرجة توحي بتحيز الباحث نفسه ، اضافة الى ذلك أن التكوين البدني قابل للتغيير المستمر خصوصا مع زيادة السن ، (داود وآخرون ، ١٩٩١م) .

لذلك لا يمكن تصور وجود العلاقة بين البنيان الجسمي والشخصية للدرجة التي افترضها شيلدون ، ومع ذلك لا نستطيع اخفاء ما لهذه النظرية من قيمة علمية .

(المرجع السابق) .

ونستطيع القول أنه رغم التباين بين النظريات الخاصة بالانماط بحيث ان كلا منها ناقشت جانبا في الشخصية الا أنها اتفقت بوجود علاقة بين البنيان الجسمي والشخصية وان اختلفت مسمياتها ودرجة الارتباط في العلاقة بين التكوين الجسمي والنفسي والشخصية كمظهر عام خارجي .

ثانيا : نظريات الدوافع والحاجات :

* **نظرية التحليل النفسي للشخصية :**

تتكون الشخصية عند فرويد ١٩٣٩م من ثلاثة أنظمة هي :

"الهو" ID :

هو النظام الأساسي ، ومنه يتحدد أو يتمايز "الأنا" والأنا الأعلى" وتتكون "الهو" من كل ماهو وراثي أو خلقي ويشمل ذلك الغرائز التي تقدم الطاقة التي تعمل بها الأنظمة الأخرى ، (باترسون ، ١٩٩٠م) .

"الأنا" EGO :

هو الجزء من الهو لحقه بعض التعديل من خلال تأثير العالم الخارجي ، ويتطور عن الهو بسبب حاجة الكائن الحي للتعامل مع الواقع من أجل اشباع غرائزه ، ومع أنه يسعى الى تحقيق اللذة وتجنب الالم الا أن "الأنا" يخضع لتأثيرات مبدأ الواقع الذي يقتضي الاشباع الآني اليومي آخذا في الاعتبار مقتضيات المجتمع ، وهو يعمل بواسطة العمليات

الثانوية مثل عمليات الادراك وحل المشكلة والكبت ، أي أنه تفكير حقيقي منطقي واختيار للواقع يسيطر على الحركات الارادية.

(النابلسي ١٩٨٨م، باترسون ،١٩٩٠م، داود وأخرون ١٩٩١م) .

"الأنا الأعلى" Super Ego :

هو جزء من " الأنا" الذي جمع معايير المجتمع بصفة رئيسية من خلال تأثير الأبوين في الطفولة المبكرة ويشمل "الأنا الأعلى" فيما بعد تأثيرات غير والديه وعلى مثاليات الشخص نفسه ، والضمير أحد الأنظمة الفرعية " للأنا الأعلى" والأنا المثالية نظام فرعي ،(خوج ١٩٨٣م، باترسون ، ١٩٩٠م) .

ومع أن لكل من هذه الأنظمة وظيفته ومفاهيمه العملية و (تفاعلاته) ، وحيله، الا أنها تتفاعل عن قرب مع بعضها والسلوك يكون عادة نتيجة للتفاعل بين هذه الأنظمة الثلاثة ("الهو" ، والأنا" ، و"الأنا الأعلى") .

ومما لاشك فيه أن فرويد قد قدم اسهامات عظيمة وتعد نظريته في الشخصية من النظريات الهامة في مجال التحليل النفسي الا ان هناك بعض المآخذ على نظريته ، فلقد أعطى فرويد وزنا كبيرا للعوامل (الفطرية) والغريزية بوجه خاص ، وقد أعطى أهمية بالغة لمبدأ اللاشعور ، وكانت نظرته للإنسان تشاؤمية تأثرت بالفلسفة الوضعية التي سادت الفترة التي عاش فيها، أيضا يرجع القصور في نظريته أنها لم تخضع للتجريب وكانت نوعية حالاته من الطبقة الوسطى ولم تكن شاملة على عينات المجتمع ، وأخيرا لا يفوتنا أن نذكر أن نظريته كانت انعكاسا لحياته ومعاناته الشخصية .

(داود وأخرون ١٩٩١م).

*** نظرية روجرز ١٩٥١م :**

تقوم نظرية روجرز في الشخصية على مفهومين أساسيين هما الظاهرية والكلية فتتكون الشخصية من الكائن العضوي الذي يستجيب ككل. والذي تتركز فيه جميع الخبرات النفسية ، ويرى روجرز أن هذه الخبرات هي المحددات لسلوك الافراد ، وأن الشخص يستجيب للبيئة من خلال مجاله الظاهري كما يراه هو وليس كما هو في الواقع وأن سبب سوء التصرف يرجع الى الترميز المشوه لخبرات الفرد ، والتي لا تتطابق مع الواقع ،(الشماع ، ١٩٧٧م) .

وهذه النظرية تقوم على الاهتمام بالفرد باعتباره كائن حي قادر على التفكير والعطاء ومواجهة الواقع وأن تقييم سلوك الفرد يكون من خلال الفرد ذاته .

* نظرية التحليل العاملي في تفسير الشخصية ١٩٦٧م :

تقوم على أساس احصائي يستهدف معرفة أنواع السلوك التي تترابط مع غيرها ، وعن طريق هذا المنهج أمكن تحديد العوامل المسؤولة عن السلوك• ومن الدراسات التي اتبعت هذا المنهج دراسة كاتل ١٩٥٧م ، حيث طبق عددا كبيرا من اختبارات ولاحظ سلوك الناس في مواقف عملية وخلص الى تحديد ١٥ سمة ثنائية حيث وجد أن كل سمة عامة يندرج تحتها طائفة من السمات الجزئية الفرعية ويقصد بالثنائية أي أن لها طرفان كالانطواء والانبساط ، (عيسوي ، ١٩٩٠م) .

وتقوم هذه النظرية على أساس موضوعي ومنطقي لقياس متغيرات الشخصية ولقد ركزت الجهود السابقة لظهور نظرية التحليل العاملي على دراسة القدرة العقلية ، ولقد تم تقديم الافكار الجوهرية للتحليل العاملي على يدى سبيرمان Spearman 1904 وقد اشتهر ببحوثه في القدرات العقلية ويرى سبيرمان أننا اذا فحصنا أي اختبارين من اختبار القدرات يرتبطان ببعضهما البعض ، فإن لنا أن نتوقع وجود نمطين من العوامل يسهمان في أدائها. فأولا هناك عامل عام مثل (الذكاء العام أو المستوى التعليمي) ، وهناك ثانيا العامل الخاص مثل (الادراك المكاني أو الذاكرة البصرية) ولقد ظهر التحليل العاملي كوسيلة لتحديد وجود تلك العوامل العامة والاسهام في تعريفها ، (لندزي ، ١٩٧١م) .

والحقيقة أن هذه النظرية لا يمكن تطبيقها في قياس جميع متغيرات الشخصية ، فهناك من المتغيرات غير خاضعة لمثل هذه القياسات الموضوعية ، ويفترض التحليل العاملي أن السلوكين اللذين يتغيران مع بعضهما البعض هما مرتبطان وظيفيا وأنه يمكن التوصل بالوسائل الاحصائية الى تحديد الارتباط بين أي سلوك واخر ، وعلى هذا النحو تتحدد الوحدات الوظيفية أو العناصر الطبيعية أو السمات أو العوامل في الشخصية .
(الشماع ، ١٩٧٧م) .

* نظرية المجال ١٩٤٧م :

يمكن أن نلاحظ السمات الاساسية لنظرية المجال عند ليفين في توكيده على المواقف ككل وعلى التفاعلات المتبادلة داخل هذا الموقف فأحد المكونات الأساسية في

نظرية ليفين هو ما اسماه باسم "المجال الحيوي" او المجال النفسي للفرد • فجميع الاحداث (النفسية) من تفكير وعمل وحلم وأمل وغيرها تدرك باعتبارها وظيفة للمجال الذي يوجد وقت حدوث السلوك ، وهذا المجال يتكون من الشخص والبيئة منظورا اليها باعتبارها عوامل متوافقة يؤثر كل منها في الاخر ويتأثر به . وهناك نقطة أخرى اهتم بها ليفين وهو استخدام الاسلوب الرياضي للتعبير عن المفاهيم (النفسية) فالرياضيات التي استخدمها ذات طبيعة غير مترية ، كما أنها تصف العلاقات المكانية بغير الاصطلاحات التقليدية . فهي في جوهرها رياضيات تصف العلاقات والاتصالات القائمة بين المجالات المكانية دون مراعاة للحجم والشكل ، (غنيم ، ١٩٧٢م) .

وقد لخص هول ولندزي فكرة ليفين في نمو الشخصية بقولهما : "يستخدم ليفين في تحليله النظري للإرتقاء مفهومات مجالية مثل مفهومات التمايز ، وتغير ظروف الحدود ، والتنظيم ، والتكامل ، ويمكن القول بصفة عامة انه مع تزايد النضج يتزايد تمايز كل من الشخص والبيئة النفسية ، وتزيد صلابة الحدود ، ويزيد تعقيد شبكة العلاقات التدريجية الهرمية والاختيارية بين نظم التوتر ان ارتقاء السلوك عند ليفين وظيفة للشخص والبيئة النفسية" ،(المرجع السابق : ٦٧٠) .

* **نظرية موراي ١٩٣٨م :**

يتركب جهاز الشخصية عند "موراى" من :

أ – "الهى" ID : وهي كما يتصور فرويد مستودع لكل الميول الدافعية الفطرية بها الطاقة التي توجه السلوك ومن ثم تعد بمثابة القوة الدافعة للشخصية .

ب – "الأنا" EGO : هي الجانب العقلاني في الجهاز النفسي وتعمل على تبديل او تأجيل الرغبات غير المقبولة "للهي" .

جـ "الأنا العليا" SUPER EGO :

يعرف موراى "الأنا العليا" بأنها عملية استدخال Internalization للقيم والمعايير والاعراف والتقاليد والعادات .

أهم المفاهيم التي طرحها موراى مفهوم الحاجات الذي يعتبر حجر الزاوية في نظريته في الشخصية ويعد تقسيمه للحاجات من أفضل وأشمل ماهو موجود من تصنيفات ، (داود وآخرون ، ١٩٩١م) .

وتعتبر نظرية (موراى) هذه من الاسهامات الجيدة في هذا المجال خاصة فيما يتعلق بتصنيف الحاجات في دراسته للشخصية ، ولكن ينقصها الفروض التي تجعل من النظرية قابلة للإختبار حتى يتمكن الباحثون من التجريب ، أيضا تعتبر نظرية موراى قاصرة عن ايجاد القوانين التي تساعد في التنبؤ فهي تقف عند مرحلة الوصف وتعتبر كذلك نظرية متسعة ومتشعبة مما أفقدها ظاهرتي التحديد والتعيين اللذين يعتبران أساسيين مهمين في أية نظرية ، (المرجع السابق) .

* **نظرية دولارد وميلر ١٩٥٠م :**

أعطيا اهتماما كبيرا لمفاهيم نظرية التحليل النفسي وقبلا الكثير من مبادئها ، ونظرا الى (الدراسات النفسية) في التعلم والتحليل النفسي على اساس أن كلا منها يكمل الآخر ، وقد أفادا من مفهوم الدافع ، وأكدا الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعلم .

وهناك أربعة أسس للتعلم تقوم عليها نظرية دولارد وميلر وهي :

أ – الباعث : أي المنبه الذي يقوم بدفع الفرد الى القيام بالنشاط .

ب – الدليل : هو الذي يقوم بتوجيه السلوك .

جـ – الاستجابة : هي ما يتعلمه الفرد وما يمكن قياسه .

د – التدعيم : يتحدد مصير الاستجابة التي تحدث ، بما يتبعها من تدعيم أو عدم تدعيم. (غنيم ، ١٩٧٢م) .

ومع اعترافنا بأهمية الدور الذي قامت به هذه النظرية الا أنها لم تهتم ببناء الشخصية أوما يكتسبه الافراد من أساليب سلوكية ثابتة نسبيا بقدر ما اهتمت ببيان القواعد أو الاسس التي يتم تبعا لها هذا الاكتساب فهي قد افاضت وتوسعت في دراسة عملية التعلم ولم تهتم بنتائج هذه العملية واعتمدت في ذلك على نظرية التحليل النفسي حتى أن البعض ينظر اليها على أنها نظرية جزئية نظرا لأنها تتناول عملية التعلم في عزله عن نتائجها ، (المرجع السابق) .

* **نظرية مكدوجل ١٩٢٣م :**

يرى مكدوجل الغريزة بأنها استعداد نفسي فطري يجعل صاحبه يدرك مثيرا معينا، ويعاني خبرة انفعالية خاصة عند ادراك هذا المثير ، وعند ذلك يسلك أو على الأقل

يحس بنزعة سلوكية نحو هذا المثير ، (فهمي ، ١٩٧٥م) .

والغرائز في رأي مكدوجل لا يكتسبها الفرد وانما توجد فيه بالفطرة وهي الاساس لسلوكه والدافع الذي يكمن وراء نشاطه ، (المرجع السابق) .

ولكن اذا نظرنا الى هذه النظرية نجد أنها أرجعت جميع السلوك الانساني الى الفطرة مما يصعب معه اخضاعه للبحث العلمي ، اضافة الى ذلك انها لا تخضع للسيطرة والتحكم ، وهو يؤكد ايضا أن محور الغريزة هو الانفعال الذي يبقى كما هو ولا يخضع للتعديل ،(المرجع السابق) .

وخلاصة القول في نظريات الدوافع والحاجات أن المجال النفسي للفرد يكون معقدا الى حد بعيد وذلك بسبب تعقد الموقف الواحد من ناحية وتداخل المواقف المتعددة من ناحية أخرى ، ويظهر هذا التعقد عندما يسلك الفرد سلوكا مضطربا غير متناسق ، أن حاجات الفرد ومطالبه عبارة عن قوة دافعة تجعله يقوم بأنماط مختلفة من السلوك بالاضافة الى ذلك فهذه القوة توجهه عادة نحو هدف او موضوع معين أو غاية خاصة ان فهم علم النفس على أساس (تفاعلي) يتجلى فيه التغيير والتفاعل المستمر ، أن هذا الفهم يجعلنا نهتم بالاسباب التي توجد وراء ، السلوك ولا نكتفي بالنواحي الوصفية .

(فهمي ، ١٩٧٥م) .

ثالثا : نظريات السمات Theories of Traits :

* **نظرية البورت Allport 1961 :**

يعتبر البورت أن التصورات كالافعال المنعكسة النوعية والتصورات الشاملة كالسمات لها قدر من الاهمية في فهم السلوك ، وكثيرا ما يشار الى نظرية البورت بوصفها نظرية (نفسية) في السمات ، وتحتل السمات في هذه النظرية موضع القوة الدافعة الرئيسية ، وهو يرى في الشخصية وجودا حقيقيا يتضمن مصاحباتها العصبية أو (الوظائفية) ويعد تمييز (البورت) بين الفرد والسمات المشتركة من الأمور الجوهرية في فهم نظريته ، وهو يؤكد أنه لا يوجد أبدا في الواقع شخصان لهما نفس السمة بالضبط . وهو يرى أن هناك السمات المركزية وهي – الأكثر شيوعا – وتمثل الميول التي تميز الفرد ، والسمات الثانوية وهي أقل حدوثا وأقل اهمية في وصف الشخصية ، وهناك أيضا سمات تعبيرية وهذه تؤثر على شكل السلوك ولهذا لا تكون دافعية لدى أغلب الافراد

كما هو الحال في الميول والقيم ، (لندزي ١٩٧١م ، جابر وآخرون ١٩٨٨م) .

وتعتبر هذه النظرية من الاسهامات الهامة في مجال علم النفس الا أنها فشلت في ايجاد العلاقة التبادلية بين السلوك والموقف البيئي اضافة الى ذلك فان البورت وجه اهتماما بالغا الى ما يحدث داخل الكائن ولكنه لم يوجه اهتماما كافيا لتأثير القوى الخارجية، (لندزي ١٩٧١م) .

* **نظرية كاتل Cattell 1950 :**

تعد السمة أكثر مفاهيم كاتل أهمية ، وفي الحقيقة فان المفاهيم الاضافية التي تناولها كاتل في تفصيل يفوق أيا من أصحاب النظريات المعاصرة وتعد السمة بالنسبة له (بنيانا عقليا) ، (المرجع السابق) .

وأهم النقاط التي ركز عليها كاتل تمييزه بين سمات السطح وسمات المصدر وتمثل سمات المصدر المؤثرات البنائية الحقيقية التي تتحكم في الشخصية ، أما سمات السطح فتأتي نتيجة لتفاعل بين سمات المصدر ، وهي تمثل نتاج فعل العوامل البيئية أو العوامل الوراثية مزيج منها معا ، (المرجع السابق) .

ومن خلال العرض السابق لكلا من نظرية البورت ونظرية كاتل في السمات نجد أن كاتل يتفق مع (البورت) في اعتبار أن هناك سمات مشتركة يتسم بها الافراد جميعا او على الاقل جميع الافراد الذين يشتركون في خبرات اجتماعية معينة وهو يوافق بالاضافة الى ذلك ، على أن هناك سمات فريدة لا تتوافر الا لدى فرد معين ولا يمكن ان توجد لدى شخص آخر بهذه الصورة بالضبط ، (المرجع السابق) .

من خلال العرض السابق لمختلف التعاريف والنظريات التي تطرقت الى موضوع الشخصية نستخلص أهم الاعتبارات التي تفيدنا في دراستنا وذلك من خلال تحليل الشخصية في الجوانب التالية :

١ - أن ادخال المجال (الفطري) في دراسة الشخصية من شأنه أن يوسع افقنا ونظرتنا لهذا المجال .

٢ - تأثير البيئة على الشخصية : أن الكائن البشري يكتسب شخصيته عن طريق التعلم الاجتماعي وهذه الناحية لا يمكن اغفالها لما لها من آثار هامة في تكوين الشخصية وتحديد خصائصها .

٣ – التكوين (الفطري) : يعد بمثابة الدعامة الاولى في بناء الشخصية او هو المادة الخام لبناء الشخصية ، وبالقدر الذي تكون فيه هذه المادة نقية وسليمة بنفس القدر يكون استعدادها للانسجام والتكامل مع (النواحي الاجتماعية والثقافية) .

٤ – تفرد وتميز الشخصية : تتميز الشخصية بالثبات النسبي ، ولا تتغير الا تغيرا محسوسا على طول الزمن بالرغم من استمرارية التفاعل وهي الصفات التي تميز كل شخصية عن الاخرى منها : الذكاء العام والاستعدادات .

٥ – دينامية الشخصية : هو التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة به من خلال أبعاد الشخصية ، (التكوينية والاجتماعية والثقافية) .

٦ – السمة الشخصية : "يقصد بها الخاصية التي تميز الفرد عن الاخر ، وقد تكون هذه السمة وراثية أو مكتسبة أو جسمية أو معرفية أو انفعالية" .

(عبدالخالق ، ١٩٩٠م : ٦٧) .

٧ – تأثير الغدد الصماء على الشخصية : "تسمى أحيانا الغدد اللاقنوية لأنها تصب افرازاتها في الدم مباشرة" ، (بركات ، ١٩٧٨م : ١٦٤) . وهذه الغدد تفرز مواد ذات فعالية شديدة (الهرمونات) "وهي مواد ، أن لم تفرز بقدر معلوم اختل ميزان الجسم " (عيسوي ، ١٩٩٠م : ١٨١) . "وجهاز الغدد الصماء يساعد ما تفرزه من كيماويات تعرف بالهرمونات على النمو الجسمي والنفسي للفرد ٠ كما يحدد معدل وظيفتها معدل نشاط الجسم والعقل" ،(دسوقي ، ١٩٧٣م : ٨١) .

"ويجب أن لا يغيب عن بالنا أن كل الخلايا لها وظائف افرازية الا ان خلايا تلك الغدد الصماء على درجة تخصصية نوعية محددة مسئولة عن افرازات نوعية بمقادير وتحت ظروف خاصة " ، (كامل ، ١٩٩١م : ٧٥) .

٨ – الشخصية ليست ناحية واحدة : فهي تشمل النواحي الجسمية والنواحي العقلية والنواحي الغددية والاجهزة العضوية ٠ كما أننا نستخلص مما سبق عرضه :

أ – أن الشخصية عبارة عن كيان كلي متكامل .

ب – أن الشخصية تتكون من عناصر متعددة مندمجة ومتفاعلة بصفة مستمرة بحيث تعطى في النهاية صيغة كلية متكاملة تسمى الشخصية .

ثانيا : سمات الشخصية :

كثيرا ما نعتمد في احكامنا على الاشخاص من خلال تعاملنا اليومي ونحكم على هذا بأنه شخص ذو شخصية قوية وآخر ذو شخصية ضعيفة ، ولكن مثل هذا لا يعتمد عليه علم النفس في مجال الحكم على الافراد فيلجأ الى ما يعرف بدراسة سمات الشخصية لدى الافراد والتي من خلالها يتم معرفة نمط الشخصية .

واذا نظرنا الى السمة التي تعد بمثابة استعداد دينامي أو ميل طبيعي نجد انها تتميز بالثبات النسبي في استجابة الفرد للمواقف التي يواجهها ، (راجح ، بدون) .

كما نجد أن كاتل (Cattell 1965) :

يميز بين ثلاثة انواع اساسية من السمات هي :

١ – السمات المعرفية : القدرات وطريقة الاستجابة للمواقف .

٢ – السمات الدينامية : وتتصل باصدار الافعال السلوكية ، وهي التي تختص بالاتجاهات العقلية او الدافعية والميول .

٣ – السمات المزاجية : وتختص بالايقاع والشكل والمثابرة .

(عبدالخالق ، ١٩٩٠م) .

واذا نظرنا الى السمات نجد أن هناك من السمات ما يتشابه فيه كل انسان وهي السمات العامة كالذكاء والمشتركة كالسيطرة والانطواء وهناك سمات تختلف باختلاف الافراد وهي السمات الخاصة أو الفردية ، (المرجع السابق) .

وهذه السمات هي تلك التي "تخص فردا ما بحيث لا يمكن أن نصف آخر بالطريقة ذاتها ، وهي اما قدرات او سمات دينامية" وقد ذهب "البورت" على ضوء نظريته في السمات ، الى أن كل سمة للفرد تعد سمة فريدة تتميز في قوتها واتجاهها ومجالها عن السمات الاخرى المشابهة الموجودة لدى الافراد الاخرين ويؤكد "البورت" أنه ليس هناك في الواقع أبدا شخصان لهما السمة ذاتها . وبرغم مما قد يوجد من تشابهات في تركيب السمة لدى افراد مختلفين فان الطريقة التي تعمل بها أي سمة بالذات لدى شخص معين تكون دائما خصائص فريدة مميزة عن جميع السمات المشابهة لدى الاشخاص الاخرين ، وهكذا فان السمات الفردية هي وحدها التي يمكن أن نعدها سمة

حقيقية نظرا لما يلي :

أ - توجد السمات لدى افراد وليس في المجموع العام .

ب - تتطور السمات وتعمم الى استعدادات دينامية بطرق فريدة وفقا لخبرات كل فرد. (المرجع السابق :٧٢) .

هذا وسوف تقوم الباحثة بعرض لبعض سمات الشخصية المهمة والتي لها علاقة في التأثير على الشخصية والتي ترتبط بأسئلة وفروض الدراسة التي تناولتها :

١ - الميل العصابي :

العصاب: مرض عصبي وظائفي أعراضه الانفعال والتوتر والصراع الشديد ويعاني الانسان من الامراض النفسية والتي من أكثرها انتشارا في الوقت الحاضر القلق والمخاوف الشاذة وتوهم المرض والوسواس القهري والاكتئاب والهستيريا" .

ويرى يونج ١٩٤٣م أن الأمراض العصابية "عبارة عن محاولات غير ناجحة للتكيف مع الواقع" أما ايزنك ١٩٦٠م فيرى أن الأمراض العصابية "إنما هي متعلمة عن طريق عملية الاشتراط".

ويجب "أن نفرق بين الامراض النفسية والعصبية حيث يخلط كثير من الناس بين النوعين فالامراض العصبية هي التي ترجع الى اسباب عصبية اي عضوية او جسمية ، أما الامراض النفسية فانها ترجع الى أسباب نفسية بحتة أي أنها أمراض وظيفية وتعرف هذه الامراض باسم الامراض العصابية Psychoneuroses ومن هذه الامراض القلق والهيستريا" .

(فرويد ١٩٧١م، فونس ١٩٧٢م، العيسوي ١٩٩٠م) .

ويذكر برمان Ber Man 1928,1938 :

أن المرضى بالعصاب والذهان ، وضعاف العقول والمجرمين ضحايا لاضطراب نشاط الغدد الصماء وأنه يمكن علاج كل هذه الحالات باعادة الاتزان الى نشاط الغدد . ويرى انه يمكن التحكم في عملية النضج وتكوين الشخصية بالتحكم طبيا في نشاط الغدد ، (جلال ، ١٩٨٦م) .

"وحيث ان الغدد الصماء تفرز ما يسمى بالهرمون Hormone ومعناه المثير او المنشط ، وللهرمونات تأثير هام في العمليات الحيوية للجسم فهي تقوم بدور العوامل المساعدة والمعدلة في العمليات وأوجه النشاط لنمو الجسم ، وعمليات الهدم والبناء والنمو العقلي والسلوك الانفعالي ، ونمو الخصائص الحسية الثانوية وتحقيق التكامل الكيميائي" ،(عزت ، ١٩٨٦م : ١٠٥) .

ومن أبرز الاضطرابات العصابية مايلي :

أ - **القلق النفسي العصابي Neurotic Anxiety :**

وهو مرض عصبي أعراضه القلق المرضي ويختلف عن القلق النفسي والقلق يعني الخوف وليس كل أنواع القلق مرضية او دليل على اضطرابات نفسية، فالقلق في حد ذاته ظاهرة طبيعية واحساس وشعور وتفاعل ، مقبول ومتوقع تحت ظروف معينة وأحيانا يكون للقلق وظائف حيوية تساعد على النشاط وكذلك حفظ الحياة ، فالتلميذ الذي يخاف الرسوب في الامتحان يضاعف جهده من أجل التحصيل ليتأكد من النجاح . والتاجر لخوفه من الخسارة يحسن ادارة تجارته ليضمن الكسب ، وكذلك الشخص الذي يخاف السيارة السريعة فيتجنبها فهذه الحالات والتى يخاف فيها الشخص من شئ معين تكون حافظا للحياة .

(عزت ١٩٨٦، ياسين ١٩٨٦م) .

لكن متى يكون القلق عصابيا Neurotic ويعتبر مرضيا ؟ القلق المرضى هو الخوف بدون سبب ظاهر او سبب مفهوم وعندما يفقد وظائفه النافعة للانسان ويصبح عائقا أمام ادائه السليم يصبح خوفاً مرضياً .

(عزت ١٩٨٦م، ياسين ١٩٨٨م) .

ب - **توهم المرضى Hypochoneria :**

يعتبر توهم المرض "حالة عصابية تتميز بالانشغال الزائد والاهتمام المفرط لصحة البدن وهو عبارة عن اضطراب نفسي مضمونه : اعتقاد الفرد بوجود مرض ما في جسمه على الرغم من أنه لايوجد أي دليل طبي على ذلك ، وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد اضافة الى مرض عضوي فعلي يجعل الاعراض مبالغا فيها .

ومن أعراض هذا المرض سيطرة فكرة المرض على الفرد وبشكل وسواس ملح، والشعور العام بالاعياء والقلق وبعدم الراحة ، ثم تضخيم شدة الاحساس بالالم وكثرة التردد على الاطباء والاعتقاد بوجود مرض خطير ، وهذا كله يؤدي الى حالة من الشعور بالنقص والعزلة والانطواء وعدم القدرة على التكيف .

(الزراد ١٩٨٤م، سوين ١٩٨٨م) .

ولقد أكد ذلك كلا من وليمز وولكنز (Willams, & Wilkins, 1984) "أنه من الصعب على العديد من المراهقين والسيدات البالغات صغيرات السن والذين يعانون من داء السكري النوع (I) أن يتقبلوا ويتعايشوا مع مشكلة مزمنة في (التمثيل الغذائي) تحتاج الى علاج يومي بالحقن وضبط أو تأقلم مستمر مع طريقة الحياة ، وبعض الاشخاص يضعون حلا للمشكلة بالوسواس القهري والبعض الاخر سواء بوعي أو بعدم وعي ينكرون أنهم يعانون من داء يحتاج الى عناية ، معينة" ،(P.116) .

ج - **الاكتئاب العصابي :**

الاكتئاب هو رد فعل لبعض الاحداث في حياة الفرد ، تلك الاحداث التي تسبب الشعور بالخوف والغم والضيق . عندما تواجه هذه الاحداث الشخص العصابي فانه يلجأ الى الحزن مع الشعور بالتشاؤم الذي يطيل من فترة الحزن أو الألم او الاسى وتعمل هذه الاحداث كعامل مفجر أو مثير للقلق الذي يظهر في حالة اكتئاب. وقد تظهر اعراض الاكتئاب في اعقاب فقدان الفرد لوظيفته ، أو عند وفاة شخص عزيز على النفس أو عند الاصابة بمرض جسمي او حدث آخر ذات طبيعة مشابهة . وبينما يستطيع الشخص السوى أن يتجاوز المحنة ويمتصها أو يتحملها نجد الشخص العصابي يجعلها تغير كل حياته . والمعروف أن رد الفعل الطبيعي الذي يشعر به الفرد في حالة تعرضه للخسارة الكبيرة ، أو عند موت انسان عزيز يكون البكاء والشعور بعدم الراحة والارق والشعور باليأس وانعدام الأمل فيما يتعلق بالمستقبل ، (العيسوي ، ١٩٩٠م) .

مما ذكر عن بعض الاضطرابات العصابية ، تتصور الباحثة أن شخصية مريض السكر قد تكون متأثرة باضطراب عصابي أو أكثر وهناك الكثير من أنواع

الاضطرابات العصابية ، ولكن الباحثة اكتفت بما يتناسب وطبيعة الدراسة التي تقوم بها .

٢ - **الاكتفاء الذاتي :**

هو أن الفرد الذي يتميز بعدم السواء النفسي هو "الشخص الذي يكتفي بنفسه ، يفضل العزلة ويشعر بالرضا حين يكون بمفرده . ويفضل العمل وحده على العمل في جماعة ، يعتمد على احكامه الذاتية في الوصول الى قراراته ورسم خططه . ولهذا فهو يميل الى اغفال نصيحة الغير .

أما الشكل غير المكتفي بنفسه ، فهو يميل الى الاعتماد على الغير في الوصول الى متعته وسروره ، ويميل الى قضاء وقته مع الاخرين ولهذا فهو يتقبل نصيحة الغير قبل اتخاذ قراراته ، (غنيم ١٩٧٢م : ٣٨٨ - ٣٨٩) .

٣ - **الا نطواء والا نبساط :**

يجدر بنا أن نذكر أول ظهور لمصطلح الانبساط في المعاجم الانجليزية كان في المعجم الذي و ضعه "جونسون" وظهر عام ١٧٥٥م ، ولكنه لم يخبرنا بالكثير عن المصطلح .

أما "موراى" في معجم اكسفورد الصادر عام ١٨٩٧م فيقتبس عن "كولز" (١٦٩٢-١٧٣٢م) الذي استخدم المصطلح بمفهوم أكثر معاصرة قوله : ان الانبساط هو " اتجاه فكر شخص ما الى الأشياء الخارجية " وفي معجم العصر الذي وضعه "هوتني "عام (١٨٩٩م) يحدد الانطواء على انه "الاتجاه الى الداخل من الناحية (العقلية) " . ومن ثم فان المصطلحين كانا سائدين قبل ظهور كتاب "يونج" الانماط النفسية" وكانا مستخدمان بمعان ليست مختلفة كثيرا عما يفترض أنهما يشيران اليه الان .

ويرجع استخدام هذا المصطلح - بمعنى (نفسي) الى القرن السادس عشر بوساطة كل من عالم النفس الانجليزي جوردن Gordon والطبيب النفسي النمساوي "جروس" Gross وقد وضع كليهما نظريات مشابهة لنظرية "يونج" ويجدر ذكر التقسيم (النفسي) الشهير الذي اقترحه عالم النفس الامريكي "جيمس Games " في اواخر القرن الماضي بين ذوي العقل المرهف وذوي العقل الصلد ، أو بين

المتجهين الى الداخل والمتجهين الى الخارج ،وهو تقييم به بعض الشبه بالتصنيف الى المنطوى والمنبسط ، (عبدالخالق ، ١٩٩٠م) .

ويرى يونج أن الرجل الانبساطي يكون لديه هدف غرضي للتعرف على العالم الخارجى وعلى العكس من ذلك صاحب المواقف الانطوائية الذي يميل الى العزلة عن العالم الخارجي ، وتكون نظرته غير موضوعية وينتج عن نظرية يونج هذه وظائف (نفسية) أربع هي :

١ - النوع الذي يفكر : منطقى يلقى أغلب الحالات بكل هدؤ ، ذو غرض في كل عمل يقوم به عقلاني في سلوكه .

٢ - النوع الذي يركز على الشعور : لا يضع قيمة كبيرة على التفكير وانما يؤكد على الشعور ، وكذلك قد يكون وهميا في قيمه .

٣ - النوع الحساس : يستطيع أن يحس أي شئ يأتي عن طريق الحواس .

٤ - النوع المخمن : فهو الذي يوقت كل الاحتمالات لكل حالة ويذهب الى ما وراء الحقيقة أو الشعور أو لافكار . وهو قادر على الحصول على جوهر الحقيقة او الواقع ، حيث ان كل فرد يستخدم هذه الوظائف الاربع الا أن بعضا يستخدم واحدة أكثر من غيرها .

(كوري ، ١٩٨٥م) .

وبصفة عامة نستطيع أن نقول أن يونج يرى "أن الشخص المنطوى هو الذي يوجه مشاعره الداخلية نحو نفسه ويوجه أفكاره ورغباته نحو شخصه ويؤثر العزلة والاعتكاف (وترى الباحثة استبدال مصطلح الاعتكاف بالانطواء لإعتبارات دينية) . ويجد صعوبة في الاختلاط مع الناس ويميل الى التحفظ ، وشديد الحساسية لملاحظات الناس له ، وكثيرا ما يستغرق في احلام اليقظة واذا استمر على هذا الوضع فانه يقع في المرض العصابي ولقد أكد ذلك (ايزنك) في سلسلة دراساته بقوله "واننا نجد أن المنطوين (العصابيين) يبدون ميلا الى اظهار الحصر و الاكتئاب ، وأنهم يتميزون بعدم الاستقرار والبلادة وهم عصبيون ، ومستسلمون لمشاعر النقص ، ذوي مزاج متقلب ، يسهل استغراقهم في احلام اليقظة يبتعدون عن المناسبات الاجتماعية ويعانون من الارق ، (لندزى ، ١٩٧١م) .

أما الانبساطي فهو الشخص الذي يتجه نحو الخارج ، الى المحيط الاجتماعي والمادي ونحو الاشياء والاشخاص.

(عاقل ، ١٩٦٨م ، راجح، بدون).

وتأخذ الباحثة بمفهوم الانطواء والانبساط عند "يونج" لاتفاقه مع مفهوم الانطواء والانبساط في الاختبار المستخدم في هذه الدراسة .

من خلال العرض السابق نستطيع القول أن هذه الصفات للمنطوى والمنبسط لها تأثير على شخصية الافراد سواء بالسلب أو بالايجاب وتفترض الباحثة أن ، حساسية الفرد الشديدة وفقا للنمط المنطوى بالاضافة الى الاستعداد الوراثي يؤثر في الاصابة بمرض السكر وتفترض الباحثة أن الافراد العاديين يتسمون في الغالب بالانبساط الذي يميل الى التفكير العقلاني والمنطقي مما يجعلهم يمارسون حياتهم بهدؤ وطمأنينة .

٤ - **السيطرة والخضوع :**

السيطرة والخضوع حالتان متقابلتان "فالشخص الذي يميل الى السيطرة على الاخرين في المواقف الاجتماعية التي تتطلب مواجهة الاخرين هو شخص واثق من نفسه على استعداد لاتخاذ موقف المبادءة قبل الاخرين ، سرعان ما يكون علاقات مع الغرباء والشخصيات الكبيرة ولا يعاني من مشاعر الاحساس بالنقص، أما الشخص الذي يميل الى الخضوع يفتقر الى الثقة بالنفس يحب أن يبقى في المؤخرة في المواقف الاجتماعية ، ولا يميل بالمبادءة في توجيه الاخرين ، يعاني من مشاعر النقص ويحجم عن مقابلة الشخصيات الهامة .

(غنيم ، ١٩٧٢م : ٣٨٩ - ٣٩٠) .

٥ - **الثقة بالنفس :**

الشخص الواثق من نفسه هو "الشخص المقدر لذاته وليس لديه شعور بالنقص ، مقبول من الاخرين ، حسن التوافق معهم . أما الشخص غير الواثق من نفسه يميل الى أن يكون حساسا بنفسه لدرجة تعوقه عن التوافق مع الآخرين ، كما يميل الى الشعور بالنقص ، (المرجع السابق : ٣٩٠) .

وتفترض الباحثة أن مرضى السكر يميلون الى عدم الثقة بأنفسهم وتظهر لديهم

التحديات النفسية التالية :

١ - احتمال حدوث الشعور بالذنب واللوم .

٢ - الاستجابة للشعور بعدم المقدرة والمعاناة .

٣ - احتمال حدوث نقص في التقديرات للذات ، وزيادة في الاعتماد على الغير.

٤ - قد يتحول المريض الى مصدر ألم نفسي للعائلة .

(Ahmed & Ahmed, 1985 : 208)

وقد أخذت الباحثة بهذه المفاهيم لأنها تتوافق مع ما ورد في الاختبار المستخدم في هذه الدراسة .

٦ - **المشاركة الاجتماعية :**

أن مفهوم المشاركة الاجتماعية يعني أن الافراد الاسوياء يميلون الى التعارف مع افراد الجماعة ويكونوا من النوع الاجتماعي المألوف .

أما الاشخاص من النوع غير الاجتماعي يكونوا منعزلين لا يميلون الى المشاركة والتعارف مع الآخرين ، (غنيم ، ١٩٧٢م) .

ثالثا : الشخصية السوية والمرضية وأثر الغدد الصماء على الشخصية :

السواء والمرض مفهومان متباينان لمبدأ واحد وهو السلوك الناتج عن الشخصية وتتباين انماط السلوك مابين السلوك السوى والسلوك المرضى أي أن الخلاف يكمن في درجة توافق السلوك مع الموقف المثير وليس في نوعه . وحتى يمكن أن نميز السلوك السوى من السلوك المرضى لا بد أن نعى ثلاث مبادئ أو مسلمات أساسية :

١ - لابد وأن ينظر الى الشخصية بتصور (متفاعل) أي أن سلوك الشخص أو ما ينتج عن الشخص ماهي الانتاج لتفاعل او صراع بين منظومات الشخصية والاشباع لمطالب الفرد بطريقة سوية تؤدي الى حالة السواء بينما عدم الاشباع يؤدي الى سوء التوافق وبالتالي يقترب الشخص من المرض النفسي (العصاب) .

٢ - لابد وأن ينظر الى الشخصية على أنها وحدة كلية ولا يمكن فهم السلوك السوى أو المرضى الا بفهم الشخصية ككل فالجزء متحدد قيمته بالكل الذي ينتمي اليه وفق نظرية "الجشطلت" .

٣ - لا بد وأن ينظر الى الشخصية من خلال الموقف الزماني والمكاني ، فاستجابة

الشخص ازاء موقف معين لايمكن فهمه الا بالرجوع والغوص في أعماق هذا الشخص وماضيه وهذا يمكن (الاخصائي النفسي) من التعرف على لحظة مافي حياة الفرد تكون المعين في تشخيص الحالة .

(داود وآخرون ، ١٩٩١م) .

والذي يهمنا في علم النفس المرضى والذي يتناسب وهذه الدراسة هي اضطراب الغدد التي تأتي كنتيجة مباشرة لتعطل أو فساد وظيفة المخ أو كاستجابة من المريض لاضطراباته – أو هما معا فازدياد او نقص افراز هرمونها له دلالة قاطعة في المرض الجسمي والعقلي وأمراض النمو او النشاط المترتب على أداء هذه الغدة لوظائفها وينظر اليها من زاويتين زيادة افرازتها او نقص افرازاتها – دلالة على أن انتظام وظيفة الافراز هو الصحة والسواء ، (دسوقي ، ١٩٧٣م) .

والهرمونات المفرزة هي مواد (كيميائية حيوية) Biochemical ذات فاعلية كبيرة في (وظائف) جسم الانسان ، ومن هذه الغدد ذات التأثير على وظائف الجسم جزر لانجرهانز Langerhans Islands التي توجد داخل البنكرياس وهي المسئولة عن افراز الانسولين الذي ينظم السكر في الدم ، وزيادة او نقص افراز هرمون الانسولين له تأثير حاسم في اعراض مرضية واضطرابات واضحة في السلوك . فزيادة افراز الانسولين في الدم عن المعدل المطلوب ، يقلل من نسبة السكر في الدم ، وهذا يؤدي الى ضعف عام في الجسم وفي العضلات خصوصا ، وكذلك يؤدي الى اخفاق في عمل المخ وفي أداء الفرد بصفة عامة . كذلك يؤدي الى اضطراب في الرؤية وبعض التشنجات وقد يصاب الانسان بهذيانات العظمة والاضطهاد (حالات بسيطة من البارانويا) .

بينما قلة افراز الانسولين ، تؤدي الى زيادة نسبة السكر في الدم وعدم قدرة الكبد على الاحتفاظ به ، ويؤثر على سلوك الفرد فتزداد شدة انفعالاته كما يحدث اضطراب في التفكير وخلط في الصور التذكرية والقدرة على الاسترجاع .

(فهمي ، ١٩٧٥م ، داود وآخرون ، ١٩٩١م ، كامل ، ١٩٩١م).

ويصنف "برمان Berman 1938" الشخصيات حسب النشاط الهرموني السائد لديهم فهناك الطراز الدرقي وصاحبه متهور سهل الاستثارة ، قلق ، نشط ، يميل الى العدوان . وهناك الطراز الادرناليني وصاحبة مثابر نشط قوي ، أما الطراز النخامي يتميز افراده

بضبط النفس والسيطرة عليها ، أما الطراز التيموسي فصاحبه ذو نزعة شذوذية ويتميز بانعدام المسئولية الخلقية ، ولقد أطلق (برمان) وأتباعه على الغدد الصم اسم "غدد الشخصية" أو غدد المصير يشيرون بذلك الى أننا نرث جهازا غديا يطبع شخصياتنا يوجهها الى الخير أو الشر أو الصحة أو المرض ، (راجح ، بدون) .

رابعا : التنظيم الانفعالي في ضوء نظريات الشخصية :

يعد الانفعال بمثابة "حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله دون أن يختص بها جزء معين من جسمه ، ثم ان هذه الحالة الانفعالية تزول بزوال المثير" .

(داود وآخرون ، ١٩٩١م : ٢٥١) .

ولكن ذلك يختلف باختلاف الافراد فالبعض يعود الى حالته السابقة بوقت قصير والبعض الاخر يعود بعد فترة أطول والبعض يترك الموقف في نفسه أثرا .

(المرجع السابق) .

ويشمل التنظيم الانفعالي جميع نشاطات الفرد الناتجة عن الحالة الوجدانية المركبة التي تكون مصحوبة باضطرابات عضوية بارزة ، تشمل جميع أجهزة الجسم العضلي والدموي والتنفسي والغدى والحشوى . أي أن الانفعال اضطراب حاد في الفرد ناشئ عن موقف (نفسي) ويظهر في خبرة شعورية وفي السلوك تغيرات مميزة في الاعضاء الحشوية ، (موسى ، ١٩٨٤م) .

وترى الباحثة أن التنظيم الانفعالي يتخلل جميع الابعاد التي تناولتها الدراسة ، وقد تعددت النظريات التي تناولت الشخصية في ابعادها المختلفة ولكن أهم هذه النظريات ذات العلاقة بدراستنا هي :

١ – نظرية السمات عند البورت Allport 1897-1967

يعرف البورت السمة "بأنها نظام نفسي عصبي مركزي عام (يختص بالفرد) ، يعمل على جعل المتغيرات المتعددة متساوية وظيفيا . كما يعمل على اصدار وتوجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفي والتعبيري"،(غنيم ، ١٩٧٢م : ٢٧٦).

ولقد أوضح غنيم ١٩٧٢م ،ان البورت وضع ثمانية معايير لتحديد السمة هى :

١ – ان للسمة أكثر من وجود اسمي بمعنى أنها عادات على مستوى أكثر تعقيدا .

٢ – ان السمة أكثر عمومية من العادة (عادتان أو أكثر ، منتظمان وتنسقان معا لتكوين سمة) .

٣ – السمة (تفاعلية) بمعنى أنها تقوم بدور واقعي في كل سلوك.

٤ – أن السمة يمكن تحديدها تجريبيا أو احصائيا . وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكررة للفرد في المواقف المختلفة أو في المعالجة الاحصائية على نحو ما نجد في الدراسات العاملية عند (ايزنك) (وكاتل) وغيرهم .

٥ – السمات ليست مستقلة ببعضها عن بعض . ولكنها ترتبط فيما بينها ارتباطا موجبا.

٦ – ان سمة الشخصية اذا نظر اليها من الناحية (النفسية) قد لا يكون لها نفس الدلالةالخلقية التي للسمة . فهي قد تتفق أولا تتفق والمفهوم الاجتماعي المتعارف عليه لهذه السمة .

٧ – ان الافعال والعادات غير المتسقة مع سمة ما ، ليست دليلا على عدم وجود هذه السمة (فقد تظهر سمات متناقضة أحيانا لدى الفرد على نحو ما نجد في سمتي النظافة والاهمال) .

٨ – أن سمة ما قد ينظر اليها أما في ضوء الشخصية التي تحتويها أو في ضوء توزيعها بالنسبة للمجموع العام من الناس أي أن السمات أما أن تكون فريدة أو ما سماها (البورت) باسم "الاستعدادات الشخصية" او قد تكون عامة ومشتركة بين الناس .

(غنيم ، ١٩٧٢م) .

– مسلمة وجود السمات تتأكد من ثلاث طرق هي :

١ – لشخصيات الافراد درجة مرتفعة من الاتساق ، فان الشخص يكشف عن الاستجابات التعودية نفسها من خلال عدد كبير من المواقف المتشابهة .

٢ – بالنسبة لأي عادة ، فاننا يمكن ان نجد بين الناس اختلافا في الدرجة او في كمية هذا السلوك .

٣ – لشخصيات الافراد نوع من الاستقرار فان الشخص الذي يحصل على درجة معينة هذا العام سيحصل في العادة على درجة قريبة منها في العام التالي . (عبدالخالق ، ١٩٩٠م) .

- **علاقة السلوك بالسمات عند البورت :**

لقد بدأ اهتمام (البورت) منذ ما يقرب من ثلاثين عاما بالبحث عن وحدة مناسبة لوصف الشخصية ، ولقد ساعده هذا البحث في التوصل الى مفهومه عن السمة وهي "نظام عصبي نفسي عام ومركزي قادر ويوجه اشكالا متساوية من السلوك التكيفي والتعبيري" ويتحدد السلوك الانساني بواسطة عوامل متعددة . والسلوك التعبيري يتمثل في تعبيرات الوجه ونبرات الصوت وعادات التعبير خصائص ثابتة للافراد ، وهذه النتيجة هامة حيث أن ذلك يعني وجود عامل مركزي عام موحد في الشخصية يؤدي الى ثبات اسلوب التعبير واتساقه مهما اختلفت الخصائص الظاهرة . أما الجانب التكيفي فهو يعتمد على المثير وعلى مجهود الفرد الارادي وما تكون لديه من عادات وعلى ما للفرد من اهداف لحظية واغراض مؤقتة عابرة وتعتبر السمات التي تتشابه ويتصل بعضها ببعض العنصر الاساسي الثابت في السلوك وتشتمل الشخصية على السمات والعواطف والاتجاهات التي تجعل الفرد ميالا الى السلوك على انحاء مختلفة ويعتمد السلوك على السمات ، وعلى خصائص معينة للمثيرات وعلى توزيع مؤقت للمؤثرات داخل جهاز الفرد النفسي والجسمي ونجد في نظرية السمات فكرتين رئيسيتين :

اولهما : وجود استعداد مستقل عن الظروف الخارجية وملابسات التعلم والبيئة .

ثانيهما : ثبات السلوك الفردي واتساقه .

(البورت ، ١٩٦٣م).

ولقد حاول بعض علماء النفس وصف الشخصية في ضوء ما يصدر عن الفرد من افعال واقوال فحسب . وهذا يمثل الاتجاه السطحي في دراسة الشخصية في حين تناول البعض الاخر دراسة الشخصية دراسة متعمقة ، فحاولوا التعرف على مكوناتها وتركيبها والديناميات المختلفة الكامنة ومحاولة استنتاجها من السلوك نفسه .

هذان الاتجاهان – الاتجاه السطحي والاتجاه المتعمق قد حددهما العالم النفسي "البورت" في كتابه "الشخصية" تحديدا رائعا فيما أسماه "تحديد السطح – والعمق في دراسة الشخصية ، (فرويد وآخرون ، ١٩٨٢م) .

ولقد قام "البورت ، وفرنون" في عام ١٩٣٣م : باجراء مجموعة من الدراسات التجريبية تناولا فيها مبدأ اتساق وتنظيم الاشكال التعبيرية المختلفة للسلوك ، والتي أطلق

عليها اصطلاح "الحركات التعبيرية" وكان من نتائج هذه الدراسات أذ ذهبا الى ان هناك بعضا من هذه الأشكال تميل الى أن تتواجد معا ، وأن تصدر عن الفرد في المواقف المختلفة بطريقة تتسم بالاتساق ولكن هذه الاشكال التعبيرية – شأنها في ذلك شأن افعالنا نفسها – لايمكن فهمها بعمق الا بالتعرف على التركيبات الداخلية للشخصية .

(المرجع السابق) .

٢ – نظرية السمات عند كاتل Cattell 1950-1967 :

لقد وجه "كاتل" اهتمامه الى تحديد السمات الاساسية للشخصية ، فبدأ بتجميع كل اسماء الشخصية على اساس مصدرين :

١ – دراسة "البورت وبيرت" .

٢ – التراث : (الطب النفسي) ، و (علم النفس) .

وقد اسفرت التحليلات العاملية للتقديرات الاخيرة عن التوصل الى ما وصفه "كاتل" على أنه "السمات الاولية للشخصية" .

وتوصل كاتل باتباعه هذا المنهج الى تحديد ستة عشر عاملا للشخصية . وهو يرى أن هذا العدد من العوامل ليس كل عوامل الشخصية بل ما يمثل فقط ثلثي التباين تقريبا في مجال الشخصية ، (عبدالخالق ، ١٩٩٠م) .

وقد كشفت دراسات (كاتل) عن وجود نوعين كبيرين من السمات :

أ – السمات المركزية : Source Traits أو سمات المصدر والسمات المركزية يمكن ان تقسم الى سمات تكوينية وهي سمات تشكلها البيئة الاولى داخلية ذات اساس وراثي والثانية تصدر عن البيئة وتتشكل بالاحداث التي تجري في البيئة التي يعيش فيها الفرد .

ب– السمات الظاهرية او السطحية Surface Traits السمات الظاهرية هي تجمعات الظواهر أو الاحداث السلوكية التي يمكن ملاحظتها وهي أقل ثباتا كما أنها مجرد سمات توصفية ومن ثم فهي أقل أهمية من وجهة نظر (كاتل) .وقد امكن (لكاتل) باستخدام الأساليب الاحصائية والطرق العاملية الكشف عن عدد من السمات المركزية وهي الطرق التي يختلف بها عن (البورت) في توصله الى السمات .

(لندزى ،١٩٧١م ، غنيم ، ١٩٧٢م) .

التمييز بين السمة والمزاجية عند (كاتل) :

أ - السمات المزاجية ترتبط غالبا بالخصائص الجسمية التكوينية •

ب - سمات دينامية تتصل بدفع او تحريك أو مبادأة اى فعل سلوكي وأضاف نوع ثالث.

ج - سمات القدرة : وتختص أو تعبر عن كفاية الشخصية في السلوك الموجه نحو حل المشكلات المعرفية .

(غنيم ، ١٩٧٢م) .

٣ - نظرية يونج التحليلية Jung 1875-1961 :

يرى يونج أن الانسان يولد مزودا بكثير من الاستعدادات التي يتركها له اسلافه ، وهذه الاستعدادات توجه سلوكه وتحدد - جزئيا - ما سيصبح شعوريا لديه ، وما سيستجيب له في عالم خبراته الخاصة أن يونج ينظر الى شخصية الفرد باعتبارها نتاجا ووعاءا يحتوي على تاريخ اسلافه ، (لندزي ، ١٩٧١م) .

ويحدد يونج عناصر الشخصية في الانظمة المتفاعلة الرئيسة هي :

"الأنا" ، "واللاشعور الشخصي وعقده" ، "واللاشعور الجمعي وأنماطه الاولية" "والقناع" ثم "الانيما" أو "الانيموس" . وأخيرا الظل" بالاضافة الى ذلك توجد الاتجاهات الانطوائية والانبساطية ووظائف التفكير والوجدان والاحساس والحدس وأخيرا توحد الذات التي هي الشخصية مكتملة النمو مكتملة الوحدة ، (المرجع السابق) .

كما ميز يونج بين اتجاهين أساسيين أو موقفين تتخذهما الشخصية ، اتجاه الانبساط واتجاه الانطواء ، ان الاتجاه الانبساطي يوجه الشخص نحو العالم الخارجي الموضوعي ، أما الاتجاه الانطوائي فيوجه الشخص نحو العالم الداخلي الذاتي ، ان هذين الاتجاهين المتعارضين يوجد كلاهما في الشخصية الا ان احدهما يكون عادة اقوى وشعوريا ، على حين يكون الاخر أضعف ولا شعوريا . فاذا كان "الأنا" تغلب عليه الانبساطية في علاقته بالعالم فان اللاشعور الشخصي يكون منطويا ، ويمكننا تصوير التعويض بالتفاعل بين الاتجاهات المتعارضة للإنبساط والانطواء . فاذا كان الانبساط هو الاتجاه الأعلى أو الغالب في الانا الشعوري ، فان اللاشعور سوف يعوض ذلك بأن ينمي اتجاه الانطواء المكبوت . وعادة ما يلي السلوك الانطوائي فترة من السلوك الانبساطي الزائد والاحلام هي الاخرى تعويضيه بحيث تكون أحلام الشخص الذي تغلب عليه الانبساطية ذات طابع

"انطوائي" فأحلام المنطوين تميل أن تكون انبساطية . ان مبدأ التعويض ينتج نوعا من التوازن أو الاتزان بين عناصر متضاربة فيحول دون الانعدام العصابي للتوازن .

(لندزي ، ١٩٧١م ، الزراد ،١٩٧١م) .

وعلى الرغم من أن نظرية يونج للشخصية تعتبر عادة نظرية في التحليل النفسي بسبب توكيدها للعمليات اللاشعورية ، الا ان ثمة اختلافا جوهريا بينها وبين نظرية "فرويد" .

حيث نجد أن نظرية يونج تؤكد على الحاضر كعامل أساسي في تفسير سلوك الفرد في حين نظرية "فرويد" تؤكد على الماضي ويؤكد يونج على المستقبل أيضا وليس الحاضر فحسب فسلوك الانسان ليس مشروطا بتاريخه الفردي (العلية) بل وكذلك بأهدافه وبمختلف ضروب طموحه (الغائية) ، وكل من الماضي كواقع والمستقبل كامكان ، يقود سلوك الفرد في الحاضر ، (المرجع السابق) .

ويذكر (غنيم ، ١٩٧٢م) : "أن نظرية يونج في الشخصية هي نظرة الى المستقبل بمعنى أنها تنظر الى الامام متطلعة الى مستقبل نمو الشخص والى تطوره كما أنها نظرة الى الخلف ، بمعنى أنها تأخذ الماضي في اعتبارها وقد عبر يونج عن هذه النظرة بقوله: ان الانسان تحركه الاهداف بقدرما تحركه الاسباب" ،ص ٥٧١

٤ – نظرية ايزنك Eysenck 1947-1964 :

تتسق نظرية ايزنك الشاملة للشخصية اتساقا تاما مع تعريف (البورت) ويعرف (ايزنك) الشخصية بأنها "المجموع الكلي لانماط السلوك الفعلية أوالكامنة لدى الكائن ، نظرا لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة فانها تنبعث وتتطورمن خلال التفاعل الوظيفي لأربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الانماط السلوكية : المعرفي (الذكاء) ، النزوعي(الخلق)، الوجداني (المزاج) البدني (التكوين) "، (لندزي ، ١٩٧١م : ٤٩٧) .

ويصر (أيزنك) في دراسته لنظرية الشخصية على استخدام أكبر عدد من التغيرات كتلك التي نحصل عليها من التقدير الذاتي أو عن طريق الآخرين أو استخدام أحد المقاييس أو مادة من تاريخ حياة الفرد وتقارير ملاحظة وغيرها بالاضافة الى ذلك يحاول (ايزنك) الحصول على معيار أو مجموعات ضابطة لعقد المقارنات الكمية والقيام ببحث عملي . ونتيجة لذلك ، فان كل أعمال (ايزنك) تقريبا تستخدم مجموعتين تقسم ثنائيا

بالنسبة لأية قائمة مثل الامانة والخيانة والجبن والشجاعة أو أية ناحية يقوم بدراستها،(غنيم ، ١٩٧٢م) .

ولقد بين "ايزنك" أهمية العوامل الوراثية في تشكيل الشخصية ونموها ويفضل التعامل مع العوامل ذات الرتبة الراقية ويحدد نتيجة لبحوثه خمسة عوامل راقية عريضة ذات أهمية عملية كبيرة في وصف الشخصية وهي :

١ - عامل الانبساط : هو عامل ثنائي القطب ، يقابل بين الانبساط والانطواء ويرى أن هذا العامل يعتمد على المستوى (الوظائفي) على توازن الاستثارة والكف .

٢ - عامل العصابية : العصابية / الاتزان الانفعالي عامل ثنائي القطب يقابل بين مظاهر حسن التوافق أو الثبات الانفعالي ، وبين اختلال هذا التوافق أو العصابية. والعصابية ليست هي العصاب بل الاستعداد للاصابة بها .

٣ - عامل الذهانية : وهو عامل توصل اليه (ايزنك عام ١٩٦١م) خلال تحليله لمحكات تميز بين مجموعات ثلاث من المفحوصين وهم :
الاسوياء ، والفصاميين ، ومرضى الهوس .

٤ - الذكاء : وهو يمثل عامل القدرة العامة او العامل العام في نظرية "سبيرمان" .

٥ - المحافظة مقابل التقدمية او التحرر : وهو العامل الأساسي في الاتجاهات ، وعلى الرغم من أن "ايزنك" وغيره من المهتمين من المدرسة الانجليزية يعترفون بأهمية العاملين الاخيرين (الذكاء والمحافظة) من حيث هي عوامل أساسية كامنة وراء الفروق الفردية والانسانية الا أنهم ينظرون الى القدرات والاتجاهات بوصفها مجالات منفصلة لا تندرج تحت عنوان "الشخصية" .

(عبدالخالق ، ١٩٩٠م) .

خامسا : التنظيم العقلي او المعرفي :

مجموعة من الوظائف أو الانشطة التي يقوم بها الجهاز العصبي المركزي الذي يتكون أساسا من المخ والنخاع الشوكى . ويعد المخ هو المسئول عن جميع هذه الوظائف والانشطة وتتضمن هذه المجموعة مجموعات فرعية منها ما يصنف تحت منظومة العمليات المعرفية ، ومنها ما يصنف تحت منظومة العمليات الوجدانية ومنها مايصنف تحت منظومه فرعية تسمى العمليات النفس حركية .

- المنظومة المعرفية :

١ - الذكاء : ليس هناك تعريفا محددا للذكاء حيث نجد أن هذه التعاريف كثيرة ومختلفة وسنكتفي بذكر بعض هذه التعاريف التي منها :

- " نشاط الفرد أو سلوكه في مواقف حياتية متنوعة حين يواجه هذا الفرد تلك المواقف او القضايا او المشكلات" .

(داود ، وآخرون ، ١٩٩١م : ٢٤٠).

كما عرف هربرت سبنسر الذكاء بأنه "القدرة على الربط بين انطباعات عديدة منفصلة " ، (أبو حطب ، ١٩٧٨م : ٩٢) .

كما عرف أيضا بأنه "القدرة على الكشف عن الصفات الملائمة للأشياء وعلاقتها بعضها ببعض او صفات الافكار الموجودة أمامنا وعلاقتها بعضها والبعض الاخر وهو القدرة على التفكير في العلاقات أو التفكير الانشائي الذي يتجه الى الحصول على غرض ما . فالشخص الذكي هو الذي اذا ما واجه مشكلة فانه يستطيع ان يدرك الصفات الهامة للأشياء او الافكار التي امامه والمعلقة بهذه المشكلة كما أنه يستطيع أن يستدعي أفكار اخرى ملائمة" ، (مرسي ، ١٩٨٦م : ٤٤٥) .

٢ - الادراك : المقصود بهذا المصطلح انتقال ما هو موجود في العالم الخارجي (البيئة) الى داخل الفرد ثم تأويل (تفسير) هذا الداخل . ويتم ذلك الانتقال عن طريق الحواس وهذه المرحلة يطلق عليها الادراك الحسي ثم بعد ذلك تأتي مرحلة الادراك العقلي .

٣ - التذكر (الاستدعاء) :

ويقصد به استرجاع ما سبق أن دخل الى الفرد من خلال الحواس وما تم تأويله ، ويعتبر المخ في هذه الحالة وكأنه ذاكرة الحاسب الالكتروني اذا فالتذكر عملية استرجاع ما سبق ادراكه حسيا وعقليا .

(داود وآخرون ،١٩٩١م).

٤ - التفكير :

يعد التفكير بدوره ضمن العمليات المعرفية أي أنه نشاط المخ أو أحد

وظائف المخ فالادراك والذكاء والتذكر والتفكير لفظ شائع في تراث (علم النفس) كما أنه يشيع كمفهوم بين العامة أيضا .

ويرتبط التفكير اساسا بحل المشكلات واثنائها تبرز للملاحظ نمط التفكير الذي يمارسه الفرد . وعليه فإن عملية التفكير كعملية معرفية محكومة بالمعلومات المتوافرة لدى الفرد و بالاسلوب الذي اعتاده وتعلمه ، وبالممارسة والخبرة التي اكتسبها والتي تتضح في تناوله لمواجهة المشاكل التي تعرض له ، (المرجع السابق) .

مما تقدم يتضح لنا أن التنظيم العقلي او المعرفي من المتغيرات الهامة التي تتأثر بها شخصية الفرد حيث أنها تتضمن الذكاء والادراك والقدرة على التفكير والقدرة على الادارك الحسي وهذه جميعها من المقومات الاساسية لشخصية الفرد . فالفرد الذكي أو القادر على التفكير السليم والمنطقي يستطيع التحكم في تصرفاته وسلوكه ويقدر نتائج او مترتبات تلك التصرفات التي يقوم بها قبل الشروع فيها ، كما أنه أكثر ادراكا لما له وما عليه ، فيبدو سلوكه ملائما للمواقف والظروف التي يواجهها اذا ما قورن بأشخاص آخرين أقل ذكاء .

- الذكاء والتقبل المرضى :

ان للمجتمع الذي نعيش فيه نظما يجب علينا مسايرتها ، ومن ثم فهي تتحكم في تصرفاتنا وبناء على ذلك فان تصرفاتنا تتخد الطابع الذي يتوقعه المجتمع منا ، وحتى اذا ما قرر الشخص أن يساير هذه النظم او يتعامل بطريقة تتعارض معها الا أن العوامل الاجتماعية تؤثر بدرجة كبيرة على تكوين الشخصية وصقلها ، ولقد أشار "يونج" الى أن المطالب والاحتياجات الاجتماعية التي تستلزمها النظم الموضوعية لنا بواسطة افراد مجتمعنا هي احدى مراحل العلاقات الاجتماعية الموجودة في كل مكان ، ففي كل المجتمعات وفي مئات من المواقف الشائعة يكون ما يتوقعه الاخرين منا هو أساس الحكم في طريقة تصرفنا ، وأن هذا من الأهمية بمكان في محيط التصرفات المتوقعة للأفراد . (حمزة ، ١٩٧٥م).

وترى الباحثة أن أثر عامل الذكاء في تقبل الفرد والتكيف مع ظروفه المرضية

يظهر من خلال الابعاد التالية :

أ - تناسب مستوى الذكاء مع تقبل الفرد لحالته المرضية والتعامل والتعايش معها فالفرد يستطيع مواجهة المواقف لما فيه مصلحته فيتقبل النصيحة من الطبيب ويتعايش مع المرض ، ويتبع ارشادات الطبيب ، بكل دقة بما يحمله من قدرة على الاستيعاب وبما لديه من خلفيات ثقافية ، (Ahmed & Ahmed, 1985) .

ب - يعتبر الذكاء متغيرا هاما لنجاح الحياة الاجتماعية للفرد في جميع الظروف سواء كان ذلك في مجتمع العمل او محيط الاسرة او المجتمع بشكل عام حتى أن البعض اطلق على الذكاء بأنه (القدرة على التكيف الاجتماعي السليم) ، ويدخل ضمن هذا التكيف الاجتماعي القدرة على التوافق حتى في حالات الاصابات المرضية التي هي من نوع خاص وتتطلب الرعاية الدائمة والاهتمام سواء من قبل المريض ذاته أو من قبل المجتمع الذي يعيش فيه هذا الفرد ، (راجح ، بدون) .

ج - القدرة على تحمل المسئولية : هناك احتمال وارد بوجود ارتباط بين مستوى الذكاء ودرجة تقدير الفرد للمسئولية المترتبة على تصرفاته سواء منها ما يتعلق بمستقبله او تعامله او صحته . فالفرد الذكي هو الذي يدرك تماما الدور الذي يترتب عليه من خلال قدراته وامكانياته المتاحة وفي الظروف البيئية والاجتماعية والصحية المتاحة له ، (المرجع السابق) .

د - يتأثر ذكاء الفرد ونشاطه نتيجة حدوث خلل في افرازات الغدد تلك التي تصب افرازاتها مباشرة في الدم ، ومنها غدة البنكرياس ونظرا لما يسبب ذلك الخلل من تأثر الجهاز العصبي للإنسان نتيجة الالتهابات في الجهاز العصبي المركزي والعصبى في مؤخرة الجمجمة ، حتى أنه يصل في بعض الأحيان الى الاصابة بالشلل في ذلك العضو ونستطيع القول أن هذا المتغير من المتغيرات الهامة التي ترتبط بتأثر الفرد بنشاطه وتفكيره وقدرته على الادراك .

(رويحه ، ١٩٧٣م ، هاريسون ، ١٩٧٨م)

- مستوى التعليم وتقبل المرض :

للتعليم دور هام في التأثير على درجة الوعي لدى الفرد فهو يؤثر على النواحي المختلفة من شخصية الفرد ، فكلما زاد مستوى التعليم كلما نما وتطور وارتفعت درجة

الوعي والمعرفة لدى الفرد في شتى مجالات الحياة العامة والخاصة ، وهذا بالتالي يقوده الى التفكير المنطقي السليم والادراك الصحيح لمشكلات الحياة اليومية التي تواجهه وخاصة ما يتعلق ويرتبط ارتباطا مباشرا بالحفاظ على حياته والبقاء عليها على أعلى درجة من الصحة والسلامة اللازمتين لاستمرار الحياة عليها ، وعلى نطاق الوعي الصحي كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما أدى ذلك الى زيادة في الوعي والتثقيف الصحي اللذين يحتاج اليهما الفرد خاصة الذي يعاني من مشاكل صحية مزمنة أو طويلة الأجل والتعليم والذكاء يزيدانه وعيا وثقافة .

وترى الباحثة أن كلا من العاملين السابقين الذكاء ، والمستوى التعليمي يكسبان الفرد القدرة على التعامل مع مشكلاته سواء منها ما كان اجتماعيا او صحيا او غير ذلك، وبشكل أكثر موضوعية بحيث يتسنى للفرد حتى الذي يعاني من مرض معين أن يعيش الى ادنى حد من المعاناه الصحية نتيجة الالتزام بالقواعد الصحية واتباع ارشادات الطبيب والفريق الصحي اللذان يسعيان لراحته والتخفيف من معاناته ولا يتأتي ذلك الا بالادراك الصحيح النابع من قناعة الفرد المبنى على المعرفة والنمو العقلي نتيجة ارتفاع مستواه العلمي والثقافي .

سادساً: مرض السكر :

عرف مرض السكر منذ القدم فقد عرفته الحضارات الصينية والفرعونية والاغريقية والآشورية والبابلية منذ نحو ٢٥٠٠ سنة كما أن الطبيب العربي ابن سينا كتب عنه قبل ألف عام كما عرف في القرن السابع عشر باسم شيطان البول (The Pissing Evil) نظرا لما يصيب المريض من كثرة غير طبيعية في كمية البول وأول من أطلق عليه مصطلح Diabetes هو العالم اليوناني أرتيوس وأول من ميز الخلايا التي تفرز الانسولين في البنكرياس هو العالم لانجرهانز عام ١٨٦٠م .

(هاريسون ١٩٧٨م ، ابوخطوة ١٩٨٩م ، عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

- تعريف مرض السكر :

تم تعريف هذا المرض من قبل منظمة الصحة العالمية في جنيف عام ١٩٧٩م

حيث عرف بأنه :

مرض ينتج عن ارتفاع مزمن لمستوى السكر (جلوكوز) في الدم . وهذا الارتفاع قد يكون وراثياً أو بيئياً أو نتيجة لعوامل كثيرة أخرى منها الاضطراب في العمليات المتصلة بالبناء والهدم وفي كثير من الحالات تؤثر هذه العوامل مجتمعة بحيث يكون داء السكري هو العاقبة . ان هرمون الانسولين* هو المنظم الرئيسي لمستوى الجلـوكوز في الدم حيث تقوم خلايا بيتا في البنكرياس بتصنيع وإفراز هذا الهرمون في الدم وقد تعود زيادة السكر في الدم إلى عدم وجود هرمون الانسولين أو لنقصه في الدم أو لزيادة العوامل التي تعاكس أو تضعف مفعوله.

وهذا يعني أن هناك اختلالاً في التوازن بين كمية الانسولين المفرزة وبين كمية السكر في الدم و يؤدى هذا الاختلال الى تغيرات واضطرابات في التمثيل الغذائي للنشويات .

(بساطة ، بدون ، المجلة الطبية ١٤٠٣هـ ، حسنين ١٩٨٩م، صحة الشرقية ١٤١٢هـ ، ابولسان ١٩٩٤م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

- **أنواع مرض السكر :**

أ) مرض السكر لدى الصغار Juvenile :

ويعرف باسم النوع الأول (Type 1) ويسمى النوع المعتمد على الانسولين (IDDM) Insulin Dependent Diabetes Mellitts باسم ويدعى أيضا بالسكر الشبابي أو سكر اليافعين وفي هذا النوع لايمكن للبنكرياس افراز الانسولين نهائياً لوجود قصور في جزر لانجرهانز وتزداد الاصابة به في مرحلة الطفولة ويظهر الاسيتون في بول المريض وتتم معالجة المرضى بالاعتماد علىحقن الانسولين .

---

* هرمون الانسولين هو مادة تفرزها الغدة الصماء للبنكرياس وهي مادة كيميائية معقدة التركيب من نوع البروتين تنتجها مجموعة متخصصة من خلايا غدة البنكرياس وتصب في مجرى الدم كلما ارتفع تركيز السكر في الدم ، وعمل الانسولين هو مساعدة الجسم على حرق الزائد من السكر. (عبدالواحد ١٩٧٦م ، أبو خطوة ١٩٨٩م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

ب) مرض السكر لدى الكبار Maturity Onset :

ويعرف باسم النوع الثاني (Type II) ويسمى النوع غير المعتمد على الانسولين Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) ويدعى أيضاً بالسكر الكهلي أو سكر البالغين وفي هذا النوع تتدنى فعالية الانسولين بأسباب السمنة أو عوامل أخرى وتزداد الاصابة به بعد سن الأربعين ولايظهر الاسيتون في بول المريض وتتم المعالجة إما بتناول الحبوب المخفضة للسكر أو اتباع نظام غذائي .

(ابو خطوة ١٩٨٩م ،حسنين ١٩٨٩م، عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

ويقسم (الماضى ١٤١٣هـ) أنواع السكر الى :-

١- النوع الأول :

ناتج عن فقدان مادة الانسولين نهائياً وغالباً مايكون المريض تحت الوزن الطبيعي

٢- النوع الثاني :

يكون الانسولين موجوداً ولكنه غير كاف لحاجة الجسم .

٣- النوع الثالث :

يكون الانسولين موجوداً ولكنه غير قادر على دخول الخلية .

(الماضى ١٤١٣هـ).

- اعراض الاصابة بالسكر :

أ- البول الزائد Polyuria

ب- العطش الزائد Polydipsia

جـ- فقدان الوزن Weight loss

د- فقدان الطاقة Energy Loss

ويضيف (جنيد د.ت) أنه في حالة نقص السكر يظهر أعراض أخرى منها :

الدوخة ، التعرق ، القابلية للثوران والتهيج ، تنميل الشفاه أو اللسان او الاطراف، الصداع ، شحوب اللون ، بلبلة الذهن ، ويضيف(قدامه١٩٨٥م)

التعب والاعياء ونقص النشاط .

(بساطة بدون ، جنيد بدون ، قدامة ١٩٨٥م ، أبو خطوة ١٩٨٩م ، حسنين ١٩٨٩م ، الدنشارى ١٩٩٤م) .

- أسباب الاصابة :

١- الوراثة Heredity :

يعتبر مرض السكري المعتمد على هرمون الانسولين (النوع **1**) في الانسان مرض وراثي مركب ينتج من اضمحلال المقاومة الذاتية للخلايا البنكرياسية ويرجع ذلك الى ظهور مواد غريبة تنتجها جينات مرض السكر كما يظهردور العامل الوراثى في الاصابة بالنوع الثاني من مرض السكر المرتبط بالسمنة لأن السمنة من شأنها تشكل ضغوط على خلايا البنكرياس المنتجة للانسولين مما يسبب إنهاكها واضطراب إفرازاتها ويظهر مرض السكر في كبار السن أكثر منه في الصغار لأنه بمرور العمر يفقد الجسم تدريجياً قدرته الطبيعية على تخزين السكر في الكبد .

(أبو خطوة ١٩٨٩م، The bulletin for study of diabetesci 1992، الدنشارى١٩٩٤م).

٢- السمنة Obesity :

يعتبر تناول الاغذية الغنية بالمواد الدهنية والمواد الكربوهيدراتية سبباً ففي حدوث الامراض حيث أن الجسم يأخذ حاجته من العناصر الغذائية ومازاد عن حاجة الجسم يشكل عبئاً على أعضاء الجسم مثل القلب والكبد الذي يقوم بتخزين الفائض من السكر ومازاد عن ذلك يشكل ارتفاعاً في سكر الدم بالاضافة الى أن زيادة المواد الغذائية يؤدى الى زيادة في افراز الانسولين الذى اذا استمر على هذا المنوال أدى الى تدنى فعالية الانسولين ، (فلبير١٣٩٩هـ أ . ب ، نبيلة اسماعيل ١٤٠٤هـ ، ابو خطوة ١٩٨٩م ، نادية الجمل ١٤١١هـ ، حسين١٩٩١م ، عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م) .

٣- الارهاق والامراض Stress & Diseass :

يعتبر الارهاق النفسى او الجسمى سبباً من أسباب حدوث اختلال كمية السكر حيث قد يترتب على ذلك الاصابة بمرض السكر حيث أن هناك مجموعة من العوامل

التي تساعد على الاصابة بمرض السكر مثل الصدمات والانفعالات العصبية والعاطفيـة . ويرجع ذلك الى أنه في حالة الانفعال يقوم الجسم بافراز هرمونات مثل الادرنـالين الـذي يقلل من فعالية الانسولين مما يؤدى الى ارتفاع السـكر فـي الـدم فيظهـر مـرض السـكر . (هاريسون ١٩٧٨م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

٤- إضطربات الغدد الصماء Endocrine Disorders :

أمراض تصيب الغدد الصماء ويترتب على هذه الاصابـــة إما نقص أو زيادة في مستوى سكر الدم مما يؤدى الى الاصابة بمرض السكر.

(عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

٥- الأدوية Drugs :

يعتبرتناول الأدوية سلاح ذو حدين حيث أن استعمال بعض الأدوية قد يؤدى إلـى الاصابة بامراض الكبد والكلية والعين والعظام وأمراض أخرى ، اضافة الى ذلك قد ينشـأ عن استعمال بعض الأدوية ارتفاع في سكر الدم وخاصة في الافراد الذيـن لديهـم اسـتعداد للاصابة بمرض السكر.

(المرجع السابق).

٦- الحمل Pregnancy :

تتعرض الأم الحامل الى تغيرات فسيولوجية وتغيرات ضروريـة لحمايـة الجنيـن والحامل ومن هذه التغيرات ارتفاع معدل هرمون الانوثة في الدم الذى يتكون من هرمون الاستروجين وهرمون البروجسترون ويسبب هـذان الهرمونـان افـراز الانسـولين حيـث تزداد حاجة الجسم إليه خلال الحمل ، وتحدث هـذه الزيـادة اذا كـان البنكريـاس طبيعيـاً ، لذلـك فـان سـكر الـدم لايرتفـع عـن معدلـه فـي الحـالات الطبيعيـة لأن الزيـادة فـي افـراز الانسولين تمنع أو تقابل الارتفاع غير الطبيعي للسكر فيحدث توازن .

ويحدث مرض السكر أيضاً في حالات عجز البنكرياس عـن افـراز القـدر الكـافي من الانسولين لتلبية حاجة الجسم خلال الحمل .

وفي الحالات الـطـبـيـعـيـة يـظـهـرأثناء فترة الحمل فقط ويختفي بعد الـولادة . وقد

يكون ناجماً عن استعمال حبوب منع الحمل التي تحتوى علي الاستروجين كما قد تحدث زيادة سكر الدم في النساء اللائي يلدن أطفالاً يزيد وزنهم عن (٤,٥) كلغم ، أو أن العائلة سكرية ، أو المصابات بالسمنة ، أو التي عمرها أكثر من ثلاثين عاماً .

(هاريسون ١٩٧٨م،Weiss 1988، ، ابو خطوة ١٩٨٩م ، عيدروس ١٩٩٣م ،الدنشارى ١٩٩٤م) .

٧- الشيخوخة Aginig :

تزداد نسبة الاصابة بمرض السكر مع تقدم السن حيث أن فعالية الانسولين تقل مع تقدم السن. والحقيقة أن هناك علاقة تبادلية بين مرض السكر والشيخوخة فالشيخوخة تعتبر عاملاً هاماً في الاسراع للإصابة بمرض السكر كما أن مرض السكر بدوره يؤدى الى ظهور التجاعيد التي هي من أعراض الشيخوخة ، (الدنشارى ١٩٩٤م).

٨- مرض السكر عند الاطفال Juvenile - Onest :

يظهر مرض السكر لدى الصغار لأن أجسامهم لاتستطيع إنتاج كميات كافية من الانسولين لحرق السكر الزائد في الدم وينتج عن ذلك :-

١- عدم الاستفادة من المواد السكرية والنشوية .

٢- زيادة نسبة السكر في الدم .

٣- الحصول على مصادر أخرى للطاقة من الشحوم والدهون المترسبة في الأعضاء وتحت الجلد .

٤- زيادة نسبة الاسيتون السامة في البول .

ولقد دلت الدراسات الى أن عامل الوراثة له دخل كبير في ظهور هذا المرض بين الاطفال.

(ابوخطوة ١٩٨٩م ، خياطي ١٩٩١م).

- أهم مضاعفات مرض السكر :

أمراض الشبكية Retinopathy :

تعتبر أمراض العين من أخطر مضاعفات السكر فيظهر لدى المرضى اعتلال شبكي قد

يكون بسبب النزف الدموى أو الدهون المترسبة في قاع العين ممايؤدى الى ضعف أو فقد البصر في بعض الحالات الشديدة وقد يؤدى السكر الى الاصابة بالكتراكت (العتمة البيضاء) ويرجع ذلك الى تصلب الشرايين الصغيرة المغذية للشبكية .

(هاريسون ١٩٧٨م، فليبر ١٣٩٩هـ.ج ، ابو خطوة ١٩٨٩م، عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى١٩٩٤م) .

٢- اعتلال الكلية Nephropathy :

تؤدى مضاعفات السكر الى تصلب الشرايين الدقيقة بالكلية ، وحدوث تلف بجهاز الترشيح بالكلية و ظهور الزلال في البول وارتفاع نسبة البولينا في الدم وحدوث الأديما في الساق خاصة مع ارتفاع ضغط الدم .

(هاريسون ١٩٧٨م ، فليبر ١٣٩٩هـ.ج ،عيدروس ١٩٩٣م ،الدنشارى ١٩٩٤م).

٣- اعتلال الاعصاب Nervepathy :

ينجم هذا الاعتلال عن وجود تلف في الاعصاب بسبب ارتفاع سكر الدم ويشمل اعتلال الاعصاب ، الاعصاب الحسية والحركية والتلقائية ومن أهم اعراض اعتلال الاعصاب الحسية الاحساس بالتنميل والوخز والبرودة والألم ، وبخاصة في القدم والساق وقد يصل الأمر الى فقدان تام للاحساس بالآلام الشديدة .

(هاريسون ١٩٧٨م ، فليبر ١٣٩٩هـ.ج، حمدى ١٩٩٢م ،عيدروس ١٩٩٣م، الدنشارى ١٩٩٤م).

٤- مضاعفات القلب والأوعية الدموية Cardiovascular Complications :

يعتبر مرض السكر من الامراض التي تؤدى الى ارتفاع نسبة الاصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ، حيث ينجم عن نقص الانسولين وارتفاع مستوى سكر الدم حدوث اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي يترتب عليه ارتفاع مستوى الدهون والكلسترول في الدم بالاضافة الى الانسداد الجزئي لشرايين القلب الذي يؤدى الى نقص تغذية عضلة القلب مما يؤدى الى حدوث مضاعفات امراض القلب .

(جنيد بدون ،فليبر١٣٩٩هـ.ج، عيدروس ١٩٩٣م ،الدنشارى ١٩٩٤م).

- **مضاعفات سكر الدم :**

أ) غيبوبة نقص سكر الدم The Hypoglycemia Coma of Diabetes :

يعتبر نقص مستوى سكر الدم من أهم المضاعفات الحادة التي تصيب مريض السكر فقد يحدث انخفاض سريع ومفاجئ لمستوى سكر الدم قد يصل الى (٣٠ مليجراماً) مما يؤدى الى حدوث غيبوبة نقص سكر الدم والتي تسبب فقدان الوعى والاصابة بالغيبوبة والذي يحدث نتيجة للأسباب الآتية :-

١- زيادة افراز الانسولين .

٢- فرط حساسية الاعضاء للانسولين .

٣- نقص في الهرمونات التي تضاد الانسولين في عمله .

٤- تناول كميات قليلة من الطعام غير كافية .

٥- اجراء التمارين الرياضية العنيفة .

٦- تناول بعض الأدوية التي تسبب نقص السكر في الدم .

٧- ضغوط الحياه والاضطرابات النفسية .

(بساطه بدون ،الهامى وآخرون بدون ، هاريسون ١٩٧٨م ، سالم ١٤٠٧هـ، ابوخطوة ١٩٨٩م، عيدروس ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م).

ب) غيبوبة ارتفاع سكر الدم The Hyperglycemia Coma of Diabetes :

من أخطر مايتعرض له مريض السكر مضاعفات ارتفاع سكر الدم ولقد كانت هذه الغيبوبة من أهم مسببات الوفاة قبل اكتشاف الانسولين عام (١٩٢١م) وتحدث هذه الغيبوبة بسبب ارتفاع شديد في مستوى السكر بالدم ويرجع هذا الى قلة فعالية الانسولين ويحدث ذلك للأسباب الآتية :

١- نقص جرعة الانسولين .

٢- قلة النشاط الحركي للمريض .

٣- عدوى مكروبية .

٤- تتناول بعض الأدوية التي تسبب ارتفاعاً في مستوى سكر الدم مثل (الكورتيزون).

٥- ظهور بعض الاحماض الكيتونية في دم المريض .

(Ellenberg etal 1983 , Wyngaarden etal 1985 , Schroeder etal 1992 , Kumar etal 1992, الدنشارى ١٩٩٤م)

- أسباب أنتشار مرض السكر:

١- زيادة المسنين في العالم.

٢- ارتفاع معدل حياة السكريين المعالجين المستمر.

٣- كثرة عدد السكريين الذين يعيشون مدة طويلة.

٤- زيادة البدانة التى تمثل اساساً قوياً للاصابة بالسكر ممن لديهم استعداد للاصابة.

٥- التزاوج بين الاقرباء من السكريين.

٦- عدم الاكتشاف المبكر للمرض.

٧- الانفعالات النفسية.

(رويحة ١٩٧٣، هاريسون ١٩٧٨م).

- العلاج ومكافحة الداء :

الاساس العلمي لمكافحة هذا الداء يعتمد بالدرجة الأولى على مايلي :

١- معرفة حجم المشكلة .

٢- الاكتشاف المبكر للحالات المرضية قبل وضوح المرض .

٣- تسجيل ومتابعة ومراقبة علاج الحالات المكتشفة وتنظيم غذائها .

٤- تصحيح البيئة الثقافية والاجتماعية والغذائية للمريض والتوعية لها .

٥- التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمرضى وتدريبهم على ممارسة حياة أقرب لمعطيات صحتهم حتى لايشعروا بالعجز ولايضاروا نفسياً أو اجتماعياً ويكونون أعضاء صالحين في المجتمع .

ونظراً لعدم سابقة معرفة حجم المشكلة في المملكة بالنسبة للداء السكري يرى (الدباغ ١٣٩٩هـ) مايلي :

١- تكاتف الجهود لعمل مسح شامل لجميع انحاء المملكة بقصد التعرف على نسبة الانتشار الحقيقية وعوامل مسببات المرض وذلك بدراسات طبية واجتماعية وبيئية ، وتضيف الباحثة ونفسية .

٢- ترشيد الهيئة الطبية بالمشاكل السكرية ومفاهيم الاكتشاف والعلاج وتجميع البيانات.

٣- افتتاح عيادات متخصصة لاستقبال وترحيل حالات الامراض السكرية .

٤- تأكيد دور مراكز رعاية الأمومة والطفولة ومستشفيات الولادة والأطفال والصحة المدرسية للبنين والبنات والخدمات الصحية بالمصالح الحكومية سواء المدنية منها اوالعسكرية اوالمصانع من حيث الاكتشاف المبكر للمرض مع الكشف الطبي الدوري الفتري باكتشاف الحالات وعلاجها واستمرار الفحوص المخبرية الهادفة وتشجيعها .

٥- نظراً لأن مكافحة الداء السكري يعتمد أولاً على مدى تعاون المريض ذاته ومدى تفهمه للمرض فمهمة الطبيب بالدرجة الأولى تثقيفه حتى يتسنى له التمشي مع الخطة العلاجية .

٦- امداد المجتمع بالوسائل الاعلامية الشاملة بالمعلومات المفيدة عن الامراض السكرية وكيفية مواجهة الحالات الطارئة .

٧- ايجاد البيئة الملائمة لهؤلاء المرضى والتي تمكن من السيطرة على المرض .

(الدباغ ، ١٣٩٩هـ).

٨- اتباع النظام الغذائي الذى يساعد على ضبط وزن الجسم والتخلص من الدهون المخزنة وبالتالي التقليل من مضاعفات مرض السكر .

٩- التمارين الرياضية تساعد على خفض مستوى الدهون وتؤدى الى ضبط السكر .

١٠-ضرورة معرفة حجم المرض والكميات التي يحتاج اليها الجسم من الانسولين حسب الحالة حتى يمكن السيطرة على السكر .

١١-توعية وتثقيف الأم السكرية كيفية تجنب طفلها من الاصابة بالسكر عن طريق التقيد بالبرنامج الوقائي للاصابة بالسكر عن طريق تعويد الطفل تناول الحلويات والسكريات وتوضح الجوانب السلبية والايجابية لمرض السكر .

١٢-يمكن استخدام الحمية الغذائية في الحالات المتوسطة .

١٣-اكتساب الخبرة من خلال الاحتكاك بمجموعة من مرضى السكر والاستفادة من تجاربهم الشخصية والعلاجية .

١٤-التعريف بأهمية الغذاء وانواعه ومكوناته حتى يتم اختيار الملائم منها حسب الحالة السكرية من ارتفاع وانخفاض .

١٥-القيام ببرنامج تعليمي لمريض السكر هدفه توعية المريض وتعريفه بجوانب كثيرة عن هذا المرض منها الاسباب والانواع والتشخيص المعملي والعلاج الغذائي والدوائي وأهمية التمرينات الرياضية في العلاج بالاضافة الى مضاعفات المرض الحادة والمزمنة وكيفية الوقاية منها وكيفية مراقبة سكر الدم وكيفية قياسه .

١٦-تعليم اساسيات مرض السكر للافراد المحيطين به لامكانية مساعدته في تنفيذ برنامج العلاج وتقديم المساعدة له عند الحاجة .

١٧-توفير المصادر العلمية للتعليم مثل الكتيبات والنشرات والمجلات المتخصصة واشرطة التسجيل والفيديو بغرض تقديم التوعية اللازمة(يقوم مركز السكر وضغط الدم بجدة بهذا النشاط المتميز).

١٨-الكشف الدورى لجميع أفراد المجتمع خاصة الافراد الذين يظهر لديهم سكرين .

(بساطه بدون ، الهامى وآخرون بدون ،أبو خطوة ١٩٨٩م ، عيدروس ١٩٩٣م ، ملحق التطور الصحي بالمملكة الواقع والطموح ١٩٩٣م ، الدنشارى ١٩٩٤م ،).

ب - الدراسات السابقة :

في اطار المحاولة لمعرفة وتحديد تساؤلات البحث وفروضه وانطلاقا من ادراك الباحثة لأهمية الدراسات السابقة لم تدخر الباحثة جهدا في هذا السبيل فقد قامت بالسفر

الى الرياض واستعانت بمن يقوم بالسفر عنها الى الاسكندرية والاستعانة بمدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية وجامعة الملك سعود ، ومستشفيات الحرس الوطني ، ونظرا لحداثة البحث في مجال هذه الدراسة على مستوى العالم العربي فقد تم الاستعانة بالمعهد البريطاني بانجلترا وبعض جامعات الولايات المتحدة الامريكية ، وقامت الباحثة بزيارة بعض الأماكن منها (مركز السكر وضغط الدم بمدينة جدة) .

وقد اسفرت هذه المحاولات والجهود الحصول على بعض الدراسات عن مرض السكر .

وبالتالي سوف تعرض الباحثة هذه الدراسات التي تناولت موضوع مرض السكر وفقا للتسلسل التاريخي :

دراسة كالي وزملاؤه (Kallai etal 1988) :

تهدف الدراسة الى : معرفة الاتجاه الانفعالي لمرضى السكر . حيث قام الباحثون باجراء دراستهم على (١٢٨) مريضا بالسكر ، تم تطبيق مقياس (دن) وزملاؤه Dunn etal, 1986 لقياس الاتجاه والذي يحتوي على ٣٩ عبارة مصنفة تحت ستة أبعاد لقياس الاجهاد والتكيف والشعور بالذنب والوحدة ، وادراك المرض ، والقدرة على الاحتمال هذا وقد اشارت النتائج الى :

أ- بالرغم من ظهور الاجهاد على مرضى السكر الا أن لاتجاه الانفعالي لمرضى السكر اتصف بالقدرة الجيدة على التعاون ، والادراك المناسب للمرض والاحتمال المتكيف للمرض ، والشعور البسيط بالذنب .

ب - ان نوعية الضبط ومدة المرض ليس لها تأثير على الاتجاه الانفعالي نحو مرض السكر .

جـ - ان الاتجاه الانفعالي ارتبط بنوع مرض السكر ، والمضاعفات ، وجنس المرض .

د - انه تم مقارنة نتائج ٣٤ حالة من النوع الأول من مرض السكر مع نتائج دراسات نفسية مسحية حيث اشارت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية بين الصفات الانفعالية لمرضى السكر ونتائج اختبارات الشخصية .

هذا وقد اختتم الباحثون دراستهم بقولهم أنه يمكن الاعتماد على اختبارالاتجاه في التزويد بالمعلومات المناسبة التي تسهل العناية بمريض السكر .

- **دراسة وليامز وزملاؤه (Williams etal, 1988) :**

قام وليامز باجراء دراسة نظرية بعنوان العوامل النفسية والتحكم الحيوي : إنه الوقت لاعادة التقييم بهدف الاجابة عن سؤالين هما :

١- كيف يكون الاستفادة من طرق التقويم النفسي لمرضى السكر؟

٢- على الرغم من أن المشكلات النفسية لايمكن إنكار إرتباطها مع التحكم الحيوي الضعيف الا أنه ربما تكون هي كأسباب أو نتائج أو مجرد صدفة .

هذا وقد اشار وليامز وزملاؤه من خلال دراستهم النظرية الى بعض المعطيات التي تتمثل فيمايلي :

أ- أنه من الصعب تفسير بعض الدراسات النفسية التي أجريت على مرضى السكر وذلك بسبب عدم علاقة وصدق أدوات القياس النفسي المستخدمة ، وعدم ملاءمة قياس ضبط التحكم الحيوي ، والمعايير الشاذة لاختيار المريض .

ب- بالرغم من أن مركز التحكم درس بصورة كبيرة لدى مرضى السكر وجد أنه يتصل بضبط السكر إلا أنه لاتزال هذه العلاقة يعتريها نوع من الغموض .

ت- أن الاذعان للمرض يكون أفضل لدى المرضى الذين يرون بأن مرضهم ذو تهديد صارم ، والذي يمكن التعامل معه بفاعلية بحد أدنى من التداخل في الحياة العادية .

ث- أن التكيف مع مرض السكر تحت ظروف مختلفة يكون اما مفيداً أو ضاراً للإذعان وتنظيم حياة الفرد مع المرض .

وفي مقالة لشوارتز (Schwartz, 1988) حول الطريقة النفسية الحيوية لادارة شؤون مريض السكر. اشار الى أنه من الخطوات الأولية التي ينبغي ان يقوم بها الطبيب لادارة شؤون مريض السكر معرفته بالمتغيرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على ضبط الحالة لأن هذه المتغيرات تستطيع أن تؤثر في فترة المرض وليس أقل من الحمية والعلاج والتمارين .

ومن المتغيرات النفسية التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار من قبل إهتمام الطبيب في التعامل مع مريض السكر تأثير ضغوط الحياة ، وجود المساندة الاجتماعية ،ومركز

الضبط لمريض السكر .

أحداث الحياة :

أحداث الحياة وضغوطها ترتبط بقابلية الافراد للاصابة بالامراض الطبيعية ، حيث ترتبط ضغوط الحياة بصورة دالة مع انسداد عضلة القلب ، وقرحة المعدة ، والاضطرابات النفسية . كما وجد أن الاحداث النفسية والبيئية ترتبط مع بداية وتغيرات مدة مرض السكر حيث وجدت علاقة ذات دلالة احصائية بين ضغوط الحياة وبدايه حدوث مرض السكر للذين يعتمدون على الانسولين والذين لايعتمدون عليه .

المساندة الاجتماعية :

حيث عرفت المساندة الاجتماعية بأنها أي شئ يعمل على مساعدة الفرد بأن يجعله يعتقد بأن الآخرين المحيطين به يهتمون ويفهمون مايعانيه من مرض .

وقد أظهرت مجموعة من الدراسات أن هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية وضبط مرض السكر حيث أجريت دراسة على ٢٣٣ مريضاً يعتمدون على الأنسولين ، ويتلقون تغذية راجعة عادية من الممرضات الممارسات حيث اظهر هؤلاء المرضى تحسناً في نتائج هيموجلوبين الدم (Hgb A-1C). هذا وقد أشارت الدراسات التي اعتمدت على المرضى الذين يعتمدون على الانسولين والذين لايعتمدون عليه الى أهمية المساندة الاجتماعية للطبيب للمرضى كبار السن بنفس الدرجة من التكيف الجيد مع المرض لأولئك الذين يتلقون مساندة إيجابية موضوعية من الآخرين .

مركز الضبط :

يرجع مركز الضبط الى قدرة الفرد على ضبط الأحداث والمتغيرات في محيط حياته سواء التحكم الداخلي أو الخارجي . وأن العلاقة بين مركز الضبط وضبط السكر غير مستقرة . حيث أشارت بعض الدراسات التي أجريت على المرضى الذين يعتمدون على الانسولين بأن هناك علاقة إرتباطية بين التحكم الداخلي وضبط السكر تارة علاقة ضعيفة وتارة أخرى علاقة قوية .

- دراسة الحازمي (El-Hazmi, 1989) :

دراسة مقارنة عن ارتفاع نسبة السكر في الدم في مختلف مناطق المملكة حيث اجريت الدراسة لتقصي تواتر حدوث فرط سكر الدم على الريق بين مواطني المملكة . بلغ التواتر الاجمالي في خيبر ، والهفوف مع ماجاورها، والعلا ونجران وجازان نسباً تعادل ١٦,٥٪ ، ١٠,٩٪ ٩,٨٪ ، ٢,٤٪ و٨,٩٪ على التوالي . أشارت النتائج المستقاة من المتبرعين بالدم في الرياض الى أن تواتر فرط السكر يبلغ نسبة ١,٤٪ ، في حين أن النتائج المستقاة من طلاب الجامعة كانت ٦,٣٪ وفي جميع ماسبق ، باستثناء العلا ، كانت النتائج في الذكور أعلى بشكل طفيف عنها في الإناث وكان الفرق ذا دلالة احصائية . كما شوهدت معظم حالات فرط سكر الدم في من بلغوا الأربعين أو تجاوزوها . هذا ويرى الباحث أنه من الضروري اجراء دراسة وبائية بين المواطنين السعوديين لتقصي مدى انتشار مختلف أنواع السكري ، وعوامله السببية وأعراضه السريرية والعوامل الوراثية وكذلك نسب المرض والوفيات العائدة لداء السكري بين جمهرة المواطنين .

وفي مقالة لـ عبدالله (Abdullah, 1989) عن خبرات العيادات الخارجية في علاج الاطفال المصابين بداء السكر في مستشفى الملك خالد الجامعي في الرياض . يصف هذا المقال خبرة السنوات الأربع في عيادة الأطفال المصابين بالسكري ،التى أنشئت في سنة ١٩٨٣م ووضعت تحت اشراف فريق من المختصين سجل ستون طفلاً دون الثانية عشرة خلال هذه الفترة ، ٣٤ طفلاً و٢٦طفلة ، ويلقى جميع المرضى ووالديهم برنامجاً تعليمياً في المراجعة الأولى وبعدها . حتى الأميين من الآباء والأمهات تلقوا تدريباً في مرحلة مبكرة . غير أن اختلال توافر الانسولين أو محاقن الانسولين سبب ارباكاً للمرضى . كانت المفاهيم الخاطئة عن الغذاء شائعة وتطبيق الارشادات الغذائية أصعب مما هو عليه في الأماكن الأخرى ، وبالتالي كان ٣١,١٪ تقريباً من الاطفال غير ملتزمين بأي حمية . تم تدريب ٩٤٪ تقريباً من المرضى على مراقبة الغليكوز في منازلهم . وبعد اجراء تحليل لخمسة وأربعين مريضاً اتضح أن ٢٦ (٦١,٩٪) كانوا يقومون بالمراقبة بانتظام و١٢(٢٨,٦٪) بغير انتظام و٤ (٩,٥٪) توافقوا عن القيام بها تماماً . غير أنه لم يحدث التوقف عن فحص البول لدى أي من المرضى . وكان متوسط الهيموجلوبين المرتبطة بالغليكوز لدى المرضى ١١,٥٪ .

وقد ساعد برنامج تدريب الآباء ونظام الاتصال الهاتفي على تقليل الحاجة إلى دخول المستشفى لدى الاطفال . وبناء على هذه الخبرة تمت صياغة مجموعة توصيات لمساعدة الأطفال وآبائهم في تدبير سكري الطفولة .

- دراسة اندرسون وزملاؤه (Anderson etal, 1990) :

تشير الدراسة الى : معرفة اتجاه مرضى السكر نحو مرض السكر وطرق علاجه. حيث تم اجراء الدراسة على (١٢٠٢) من مرضى السكر بولاية متشجان بمتوسط عمري قدره (٥٠,٧) يمثل الاناث ، (٦٥٪) من العينة . هذا وقد استخدم الباحثون مقياس الاتجاه نحو مرض السكر (Diapetes Attitude Scale)

هذا وقد اشارت النتائج الى :

أ - الحاجة الى تدريب خاص لمواجهة العناية بمرض السكر .

ب - تقبل مريض السكر لمرضه .

جـ - جدية مرضى السكر الذين لا يعتمدون على الانسولين .

د - يوجد علاقة بين مستوى سكر الدم والمضاعفات .

ز - تأثير مرض السكر على حياة المريض .

و - استقلالية المريض .

ى - احتياج مريض السكر الى العناية الجماعية .

- دراسة نجاساوا وزملاؤه (Nagasowa etal 1990) :

تقوم على اجراء دراسة لتحليل ماوراء العلاقات بين تقبل مرضى السكر لمرضهم ووصف العلاج لهم من قبل الاطباء . حيث قام الباحثون بتحليل (٢٦) دراسة استخلصوا منها (١٨٣) معامل ارتباط . هذا وقد اشارت النتائج بصورة عامة الى أن :

أ - الاتزان الانفعالي والدافعية الداخلية والخارجية وادراك الفائدة والبيئة المساعدة ترتبط مع تقبل مرضى السكر لمرضهم .

ب - البيئة الاجتماعية السالبة ترتبط بتقبل مرضى السكر لمرضهم .

جـ - اتجاه العلاقة بين المعرفة والسن مع تقبل المرض ، تختلف تبعا لخصائص كل دراسة من الدراسات التي تم تحليلها .

- دراسة نايلين (Nylin, 1990) :

تقوم الدراسة عن اسهام البحث النوعي في الفهم الأفضل لمرضى السكر . حيث هدفت الباحثة من دراستها الى اعطاء خلفية عن المدى الطويل للنظرية النوعية التي تشتمل على دراسة تهتم بخبرات المرضى في التعامل مع مرضى السكر ومناقشة أن مرضى السكر والتمريض من المحتمل أن يستفيدوا من البحث النوعي الذي يركز على وجهة نظر المرضى أنفسهم .

هذا وقد تم اجراء الدراسة على (٧٥) مريضاً ، منهم (٤٨) مريضاً يعتمدون على الانسولين في علاجهم هذا وقد تم استخدام اسلوب المقابلة مع المرضى إضافة الى اسلوب الملاحظة اثناء المقابلة هذا وقد خلصت الباحثة من خلال أدبيات البحث ومن خلال عينة مرضى السكر أن هناك ضعف واضح في المعرفة الخاصة بالعناية بمرضى السكر مقارنة بمعالجتهم . وأن هناك إقتراح لقياس فشل منع التعقيدات على المدى الطويل والذي من المحتمل أن يرجع الى التعريف الضيق لمفهوم الحمية الطبية . كما أن المقابلة مع مرضى السكر ألقت الضوء على الصعوبات ، والخوف ، والقلق الذي يعانون منه والذي يكون سببه او يزداد بسبب نمط نظام العناية الصحية الجامد . كما أن المعلومات القيمة التي أفصح عنها مرضى السكر أوضحت حاجاتهم ومتطلباتهم من الاهتمام الواسع المرتبط بنظام العناية الصحية والذي يركز على موقعهم في الأسرة والعمل والمجتمع .

- دراسة بيير وزميلاتها (Pieper etal, 1990) :

تهدف الدراسة الى معرفة العلاقة بين تكيف الزوجين والاعتقاد حول مرضى السكر وذلك عندما يفحص الفرد ويخبر بأنه مصاب بمرض السكر وذلك في سن الأربعين أو أكبر . وقد تم تطبيق مقياسين هما :

أ- مقياس الاعتقاد حول السكر Beliefs About Diabetes .

ب- مقياس التكيف الثنائي Dyadic Adjustment Scale .

وقد طبق المقياسين على عينة من (٢٠) من المتزوجين المصابين بمرض السكر (١٥ ذكور ، ٥ إناث) سنهم يتراوح مابين ٤٠-٧٧ سنة بمتوسط عمري ٥٦سنة . (٨) منهم يتعاطون الانسولين ، فيما (١٢) يتبعون الحمية ويتعاطون علاج. و(٢٠) من غير المصابين بمرض السكر يتراوح سنهم مابين ٢٤-٧٥ سنة بمتوسط عمري ٥١,٤ سنة .

هذا وقد أشارت النتائج الى :

أن الحمية والعلاج ترتبط مع الرضا ونوعية الزواج من مرضى السكر وعلى العكس من ذلك مع غير مرضى السكر حيث يرون أن فائدة الحمية ترتبط بصورة سالبة مع السكريين .

- **دراسة روس : (Ross, 1991) :**

تهدف الدراسة الى معرفة ما اذا كان القدرة على احتمال مرض السكر يؤثرعلى تقبل هذاالمرض، حيث أجريت الدراسة على (٥٠) من مرضى السكر (٣٠ من الذكور ، ٢٠ من الاناث). هذا وقد تم تطبيق مقياسين الصحة المتصلة بالقدرة على الاحتمال ، ومقياس تقبل تنظيم الذات . هذا وقد اشارت النتائج الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين القدرة على الاحتمال وتقبل مرض السكر .

- **دراسة رابلي :(Rabley, 1991) :**

قامت الدراسة بهدف اختبار تأثير قوة التحمل والفاعلية والذاتية ، ونمط مواجهة المشكلات والتكيف النفسي الاجتماعي على ضبط التحول الكيميائي للمرضى الذين لا يعتمدون على الانسولين . هذا وقد تم اجراء الدراسة على (٩٧) من مرضى السكر (٤٥٪ اناث ، ٥٢٪ ذكور) وكانت المجموعة مقسمة الى قسمين مجموعة يتم علاجها بالانسولين وعددها (٤٩) حالة ، ومجموعة لا يتم علاجها بالانسولين وعددها (٤٨) حالة. وكان متوسط اعمار المجموعة (٣٧,٦) سنة بانحراف معياري قدره (١٥,٥) هذا وقد تم تطبيق المقاييس التالية :

- مقياس القدرة على التحمل ، ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي للمرضى ومقياس الفاعلية الذاتية ، وقائمة طرق مواجهة المشكلات . هذا وقد اشارت النتائج الى :

أ - ان القدرة على التحمل والتكيف النفسي والاجتماعي من افضل المنبئات لمرضى السكر الذين يعتمدون على الانسولين ، والتكيف النفسي فقط للمرضى الذين لا يعتمدون على الانسولين .

ب - لم تظهر النتائج أى تأثير للمتغيرات فيما بينها .

جـ - لم يكن للفاعلية الذاتية ومهارات مواجهة المشكلات أي دور للتنبؤ بضبط

التحول الكيميائي لمرضى السكر .

- دراسة بيتي وزملاؤه (Petty etal , 1991) :

تهدف الى المقارنة بين تقديرات أطباء السكر ومرضى السكر من حيث القلق والاكتئاب ومركز الضبط الصحي . هذا وقد تم اجراء الدراسة على مرضى السكر من النوع الاول والثاني والمنتظمين في زيارة العيادات الخارجية كما تم استبعاد حالات مرضى السكر التي تزور العيادة لأول مرة والمرضى الذين هم أقل من (١٧) سنة . وقد تم اجراء الدراسة على (٢٣٤) مريضا (١٠٣ ذكور / ١٣١ اناث) بمتوسط عمري يساوي (٥٠,٢) وانحراف معياري (١٧) ومتوسط مدة العلاج من السكر يساوي (١٠,٢) من السنوات كما تم اشتراك سبعة اطباء في هذه الدراسة . هذا وقد تم تطبيق مقياس القلق والاكتئاب الخاص بالمستشفى (Hads) .

هذا وقد اشارت النتائج الى :

أ - توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تقديرات الأطباء ومرضى السكر من حيث تقدير القلق والاكتئاب .

ب - أشار الأطباء في تقديراتهم الى أن المرضى يعتقدون بقوة في عملية مركز الضبط الصحي بواسطة الاخرين أكثر من الاعتماد على الاطباء .

جـ - اشارت التقديرات ان المرضى الذكور ذوي مركز الضبط الخارجي أكثر اعتمادا على الاطباء .

د - أشار الاطباء الى أن مرضى السكر المكتئبين أقل قدرة على التكيف مع مرض السكر .

هـ - يستطيع الطبيب غير النفساني أن يقيم حالة المرضى الانفعالية واتجاهاتهم الصحية بصورة دقيقة أكثر مما هو متوقع منه عادة .

- دراسة أركولاهتى (Erkolahti, 1991) :

قام أركولاهتى بدراسة بعنوان الشيء الانتقالي في الاطفال الذين يعانون من المرض المزمن : دراسة مقارنة لنماذج من الشيء الانتقالى بين الاطفال الذين يعانون من مرض السكر أو مرض الروماتيزم . وقد تم اجراء الدراسة على ٩٠ طفلاً (٣٠ مصابين بالروماتيزم ، ٣٠ مصابين بالسكر ، ٣٠ عاديين (المجموعة الضابطة).

هذا وقم تم تحقيق التماثل في المجموعات الثلاثة من حيث السن والجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأب . كما تم في كل مجموعة تحقيق تساوى اعداد الذكور والإناث . وقد تم استخدام استبيان تم تعبئته بواسطة الأمهات حيث أشتمل الاستبيان على الاسئلة التالية :

- هل لطفلك شيء خاص يستخدم لتهدئته كطفل مثل البطانية أو الدب ؟
- كم من الوقت إستخدم ذلك الشيء ؟
- ماهو ذلك الشيء ؟

وقد أشارت النتائج التي تم الحصول عليها من ١٠٠٪ من مرضى الروماتيزم و٩٠٪ من مرضى السكر والعاديين الى أن :-

- هناك سيطرة للشيء الانتقالي لـ٥٠٪ من عينة الدراسة (٨٤ طفلاً) (٤٥٪ إناث ، ٥٥٪ ذكور).
- مجموعة الروماتيزم ٦٠٪ (٤٤٪ اناث ، ٥٥٪ ذكور) .
- مجموعة السكر ٤٤٪ (٥٠٪ اناث ، ٥٠٪ ذكور) .
- مجموعة العاديين ٤٤٪ (٤٢٪ اناث ، ٥٨٪ ذكور) .
- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الثلاث فى سيطرة الشيء الانتقالى .
- لاتوجد فروق ذات دالة احصائية بين الذكور والإناث في المجموعات الثلاث .
- اكثر الاشياء الانتقالية سيطرة هو الدب ، يليه قطعة قماش ، ثم بعض الحيوانات الناعمة (لعبة) كما أن بعض الاطفال يفضلون المخدات والعرائس .
- الاطفال المصابين بالروماتيزم يستخدمون الاشياء الانتقالية فترة أطول من الاطفال في المجموعتين الاخريين كما أن الاطفال المصابين بالسكر يستخدمونها فترة أطول من الاطفال العاديين .
- أن بعض الاطفال المصابين بالروماتيزم والسكر لايزالتون يستخدمون اشياءهم

الانتقالية في سن العاشرة تقريباً .

– دراسة بيروت ومكمري (Peyrot & Mcmurry, 1992) :

تهدف الى اختبار الفروض التي تنص على أن الضغط النفسي والاجتماعي المزمن يرتبط مع الضبط السئ لمرضى السكر . ويضبط بصورة متوسطة بهذا التأثير ، هذا وقد أجريت الدراسة على (١٠٥ فردا) من مرضى السكر الذين يعالجون بالانسولين متوسط أعمارهم (٤٥,١) بانحراف معياري قدره (١٥,٧) مع متوسط فترة العلاج (١٢,٥) سنة وانحراف معياري (٩,٩) ويمثل (الذكور ٤٢٪ بينما الاناث ٥٨٪) من افراد العينة .

هذا وقد تم تطبيق مقياسين للضغط النفسي والاجتماعي ، ومقياس للتغلب على المشكلات . وقد قسمت المجموعة الى قسمين ، مجموعة قادرة على التغلب على المشكلات ومجموعة غير قادرة على التغلب على المشكلات .

هذا وقد أشارت النتائج الى :

أ – أن الضغط النفسي الاجتماعي يرتبط مع الضبط السئ لمرض السكر في كل المجموعات غير القادرة على التغلب على المشكلات باستثناء مجموعة واحدة .

ب – أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الضغط النفسي والاجتماعي وضبط السكر لدى المجموعات القادرة على التغلب على المشكلات .

واختتم الباحثان دراستهما بقولهما :

جـ – ان الاجهاد النفسي الاجتماعي المزمن يرتبط بالضبط السئ لمرض السكر لدى هؤلاء الذين لا يتكيفون مع الاجهاد . وأن التكيف أو القدرة على التغلب على المشكلات يمكنه أن يحمى الافراد من تأثير الضغوط النفسية الاجتماعية المؤذية .

ج – التعليق على الدراسات السابقة :

عند استعراضنا للدراسات السابقة نجد أن جميع الدراسات المشار اليها تناولت جوانب مختلفة لهؤلاء المرضى المصابون بالسكر ، منها ما تناولت الاتجاه الانفعالي لمرضى السكر مثل دراسة (كالى وزملاؤه ، ١٩٨٨م) ومنها ما تناولت اتجاه مرضى السكر نحو مرضهم وطرق علاجه ودرجة تقبل هؤلاء المرضى

لمرضهم وتأثير قوة التحمل والفاعلية الذاتية مثل دراسات كل من .
(اندرسون وزملاؤه ، ١٩٩٠م ، نجاساوا وزملاؤه ، ١٩٩٠م ، روس ١٩٩١م ، رابلي ١٩٩١م) .

وأيضا مقارنة بين تقديرات اطباء السكر ومرضى السكر من حيث القلق مثل دراسة (بيتي وزملاؤه ، ١٩٩١م) والدراسة التي تنص على ان الضغط النفسي والاجتماعي المزمن يرتبط مع الضبط السئ لمرض السكر ، مثل دراسة (بيروت ومكمري ، ١٩٩٢م) ، كل هذه الدراسات تستعرض جوانب مختلفة لمعرفة أثر الأصابة بهذا المرض وألقت الضوء على أن هناك سبب رئيسي يؤدي الى ارتفاع نسبة الاصابة وهو الضغط النفسي والاجتماعي .

أما الدراسة الحالية فانها سوف تتناول السمات الشخصية والخصائص العقلية لمجموعة من مرضى السكر ، فالدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة في انها سوف تركز على بعض الجوانب الانفعالية والعقلية لمرضى السكر مقارنة بغيرهم من العاديين غير المصابين بهذا المرض ،اضافة الى اجراء مقارنة بين مرضى السكر فى ضوء بعض المتغيرات مثل :مستوى التعليم ، والحالة الاجتماعية ، والعامل الوراثى ، ومدة الاصابة ، و تشخيص مرض السكر .

فروض الدراسة

من خلال العرض السابق لمشكلة الدراسة وتساؤلاتها ومن خلال القاء الضوء على الدراسات السابقة أمكن صياغة الفروض التالية :

١ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل الى العصابية .

٢ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أكثرالى الاكتفاء الذاتي .

٣ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أكثر الى الانطواء والميل اقل الى الانبساط .

٤ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أقل للسيطرة والميل أكثر للخضوع .

٥ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين فى الميل أقل الى الثقة بأنفسهم .

٦ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين فى الميل أقل في المشاركة الاجتماعية .

٧ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين فى أنهم أقل من حيث الذكاء.

٨ - لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب المستوى التعليمي .

٩- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية .

١٠- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب العامل الوراثي .

١١- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب مدة الاصابة .

١٢- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب الجنس (ذكور - اناث) .

١٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب تشخيص مرض السكر (النوع الاول - النوع الثاني) .

الفصل الثالث

منهج الدراسة واجراءاتها التنفيذية

أولاً : منهج الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة

ثالثاً : أسس اختيار العينة

رابعاً: خصائص عينة الدراسة

خامساً : الأدوات المستخدمة في الدراسة

سادساً: اجراءات التطبيق

سابعاً: الأسلوب الاحصائي

منهج الدراسة واجراءاتها التنفيذية

أولا: منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي (المقارن) حيث أن الدراسة تقوم على دراسة بعض السمات والخصائص لمرضى السكر والعاديين باستخدام مقياس الشخصية والذكاء وبعض البيانات الأساسية التى لها علاقة بموضوع الدراسة. والمنهج الوصفي كأسلوب من أساليب البحث العلمي "يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو تعبيراً كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات إرتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى"، (عبيدات وآخرون، ١٩٩١م: ١٨٧).

ثانياً: عينة الدراسة

تشتمل عينة الدراسة على مجموعتين عدد كل مجموعة (٢٠٠) فردا تمثل :

ا – المجموعة الأولى: المرضى بداء السكر .

ب – المجموعة الثانية: الأفراد العاديين .

ثالثاً: أسس اختيار العينة

لقد تم اختيار عينة الدراسة وفقا للأسس التالية:

١ – القيام بمسح شامل لملفات وسجلات الأفراد المرضى بداء السكر خلال الفترة ١/١٠/١٤١٠هـ – ٣٠/١٢/١٤١٣هـ.

٢ – تم اختيار مجموعة أخرى تمثل الأفراد العاديين ولقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية بحيث يماثل عدد مرضى السكر ويخضعون لنفس الظروف الاجتماعية ونفس المرحلة العمرية بالتقريب وأيضا من حيث المستوى التعليمي .

رابعاً: خصائص عينة الدراسة

تم اجراء الدراسة على عينة مكونة من (٤٠٠) فرداً، (٢٠٠) فردا من المصابين بمرض السكر متوسط اعمارهم يساوي (٤٩،١٤) سنة بانحراف معياري مقداره (١٣،٥٤) . ويمثل (عدد الذكور ٧٥ بينما عدد الاناث ١٢٥) و(٢٠٠) فردا من العاديين متوسط أعمارهم يساوي (٤٩،١٨) سنة بانحراف معياري مقداره (١٣،٤٦) ويمثل عدد الذكور (٧٩، وعدد الاناث ١٢١) .

هذا وتوضح الجداول رقم (١) (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) .

توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والفرق بين مرضى السكر والعاديين حسب المستوى التعليمي ، والحالة الاجتماعية، وتشخيص مرض السكر ، والعامل الوراثي ، ومدة الاصابة بمرض السكر.

جدول رقم (١) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	مرضى السكر	النسبة المئوية	العاديين	النسبة المئوية
أمي	١١٩	٥٩,٥٪	١١٣	٥٦,٥٪
يقرأ	١٢	٦٪	١٥	٧,٥٪
يقرأ ويكتب	١٣	٦,٥٪	١٢	٦٪
ابتدائي	٢٠	١٠٪	٢٣	١١,٥٪
متوسط	١٣	٦,٥٪	١٤	٧٪
ثانوي	١١	٥,٥٪	١٢	٦٪
جامعي	٨	٤٪	٧	٣,٥٪
ماجستير	٣	١,٥٪	٢	١٪
دكتوراه	١	٠,٥٪	٢	١٪
المجموع	٢٠٠	١٠٠٪	٢٠٠	١٠٠٪

ولمزيد من التأكد قامت الباحثة باستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية

واختبار(ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين مرضى السكر والعاديين وذلك لتحقيق التماثل في العينة من حيث المستوى التعليمي حيث اتضح أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين من حيث المستوى التعليمي كما يتضح ذلك في جدول رقم (٢).

جدول رقم (٢) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في مستوى التعليم

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
المستوى التعليمي:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢,٤١٠٠	٢,٠٤٠	٣٩٨	,٣٤	لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين٠
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢,٤٨٠٠	٢,٠٤٧			

جدول رقم (٣) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	مرضى السكر	النسبة المئوية	العاديين	النسبة المئوية
أعزب	٢٢	٪١٠	١٨	٪٩
متزوج	١٦٠	٪٨٠	١٦٢	٪٨١
أرمل	١٣	٪٦,٥	١٥	٪٧,٥
مطلق	٧	٪٣,٥	٥	٪٢,٥
المجموع	٢٠٠	٪١٠٠	٢٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤) توزيع أفراد العينة حسب تشخيص مرض السكر

العينة	النوع الاول	النوع الثاني
مرضى السكر	٦٣	١٣٧
النسبة المئوية	٣١,٥٪	٦٨,٥٪

جدول رقم (٥) توزيع أفراد العينة حسب العامل الوراثي

العينة	الأب	الأم	أحد الأقارب	لا يعلم	الأب والأم معا	السمنة
مرضى السكر	١٩	٢٦	٤٠	١٠٢	١١	٢
النسبة المئوية	٩,٥٪	١٣٪	٢٠٪	٥١٪	٥,٥٪	١٪

جدول رقم (٦) توزيع أفراد العينة ن = ٢٠٠ حسب مدة الاصابة بمرض السكر

مدة الاصابة	مرضى السكر	النسبة
١-٧ سنة	١١٣	٥٦,٥٪
٨-١٤سنة	٥٧	٢٨,٥٪
١٥-٢١سنة	١٩	٩,٥٪
٢٢-٢٨سنة	٩	٣,٥٪
٢٩-٣٥سنة	٢	٢٪

خامساً: الأدوات المستخدمة في الدراسة:

١ - (اختبار الشخصية - برنرويتر) BERNREUTER :

ان هذا الاختبار من اعداد (روبرت ج : برنرويتر، ١٩٣٢م ، وهو من الاختبارات واسعة الانتشار، وقد قام باقتباسه وتعريبه وتقنينه ،(نجاتي، ١٩٦٠م) .

ويهدف هذا الاختبار الى أن يكون أداة تكشف عن درجة توافق الفرد وعن مواضع تصرفات الفرد بناء على متغيرات السمات الأخرى.

ويقيس الاختبار جوانب متعددة من الشخصية في وقت واحد مما يجعله يحقق وفرة كبيرة في التكاليف والزمن اللازم لتطبيق الاختبار .

وقد سار تفكير برنرويتر عند وضع الاختبار على أساس أن السلوك في موقف معين يكشف عن سمات متعددة فالعبارة أو الفقرة في الاختبار هي بمثابة موقف مثير. ونفس الفقرة يمكن أن تقدر لأكثر من سمة واحدة. ولذلك أقام فكرة الاختبار على اساس أن يجعل عددا محددا من الفقرات تقوم مقام عدد أكبر بكثير عن طريق اعطاء كل فقرة أوزانا مختلفة لأكثر من سمة واحدة.

ويتكون اختبار برنرويتر من ١٢٥ سؤالاً يجيب المفحوص عن كل منها بنعم ، لا، لا أدري. وقد قصد به أن يقوم مقام أربعة اختبارات كانت تقيس سمة مستقلة فالهدف منه اذن هو اعطاء مجموعة من الدرجات تخدم نفس الأغراض التي للاختبارات الأربعة الأصلية فقد أراد برنرويتر وضع اختبار يقيس متغير الانطواء – الانبساط في اختبار (ليرد)، ومتغير العصابية في اختبار الشخصية (لثرستون) ومتغير السيطرة ـ الخضوع في اختبار(البورت) ، ثم متغير الاكتفاء الذاتي.

وقد كانت الاختبارات السابقة المكونة لهذا الاختبار تقوم على افتراض أن عنصرا سلوكيا معينا يمكن أن يفسر أو يكشف عنه بواسطة سمة واحدة ولم يكن علماء النفس على اتفاق حول هذا الفرض. ولكن المهتمين ببناء المقاييس لم يكن أمامهم بديل آخر غير ذلك.

وقد خطا برنرويتر الخطوة الأولى فذهب الى أن سلوك الفرد في أي موقف قد يكشف عن سمات متعددة. وذهب الى أن هذا الفرض لو صح ، فان فقرة ما، يمكن أن يكون لها قيمة تشخيصية معينة بالنسبة لسمة ما وقيمة تشخيصية أخرى بالنسبة لسمة أخرى، وهكذا.

وهذا من شأنه يجعلنا أن نتمكن من بناء الاختبار الذي يمكن أن يستعمل في تحليل سمات متعددة في وقت واحد، (غنيم، ١٩٧٢م : ٣٨٦-٣٨٨) .

وسوف نشير الى مقاييس الاختبار الستة وهي:

١ – مقياس الميل العصابي ويرمز له بالرمز (ا ـ ع) :

"الشخص الذي يحصل على تقديرات عالية على هذا المقياس يكشف عن ميل الى

العصاب ، أما الشخص الذي يحصل على تقديرات منخفضة على هذا المقياس فانه يميل الى الثبات الانفعالي" ، (نجاتي، ١٩٦٠م : ٢) .

٢ – مقياس الاكتفاء الذاتي ويرمز له بالرمز (٢ – أك) :

الشخص الذي يحصل على تقديرات عالية على هذا المقياس يعد من النوع الذي يكتفي بنفسه، يفضل العزلة ويشعر بالرضا حين يكون بمفرده، يعتمد على أحكامه الذاتية في الوصول الى قراراته ورسم خططه، ولهذا فهو يميل الى اغفال نصيحة الغير. أما الشخص الذي يحصل على تقديرات منخفضة على هذا المقياس ، فهو شخص يميل الى الاعتماد على الغير في الحصول على متعته ، وسروره يميل الى قضاء وقته مع الآخرين، يحب مناقشة مشكلاته مع الآخرين، ولهذا فهو يتقبل نصيحة الغير قبل اتخاذ قراراته .

(نجاتي، ١٩٦٠م ، غنيم، ١٩٧٢م) .

٣ – مقياس الانطواء - الانبساط ويرمز له بالرمز (٣ – أن) :

الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس يميلون الى أن يكونوا منطوين أي أنهم يكونون كثيري الخيال ويميلون الى أن يعيشوا في داخل أنفسهم، أما الأشخاص الذين يحصلون على تقديرات منخفضة في هذا المقياس فهم يميلون الى الانبساط لا يقلقون الا نادرا وقلما يشعروا بتقلبات انفعالية.

(نجاتي، ١٩٦٠م ، غنيم، ١٩٧٢م) .

٤ – مقياس السيطرة – الخضوع ويرمز له بالرمز (٤ – س) :

الشخص الذي يحصل على تقديرات عالية في هذا المقياس يميل الى السيطرة على الآخرين في المواقف الاجتماعية التي تتطلب مواجهة الآخرين. وهو عادة شخص واثق من نفسه عدواني ، على استعداد لاتخاذ موقف المبادءة قبل الآخرين.

أما الشخص الذي يحصل على تقديرات منخفضة على هذا المقياس فهو أميل الى الخضوع يفتقر الى الثقة بالنفس، يحب أن يبقى في المؤخرة في المواقف الاجتماعية يميل الى أن يخضع للغير ، (نجاتي،١٩٦٠م ، غنيم، ١٩٧٢م) .

٥ – مقياس الثقة بالنفس (٥ – ث) :

الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس يميلون الى أن

يكونوا كثيري الحساسية بأنفسهم الى درجة تعوقهم عن التوافق كما يميلون الى الشعور بالنقص.أما الأشخاص الذين يحصلون على تقديرات منخفضة في هذا المقياس فانهم يميلون الى أن يكونوا من النوع الواثق من نفسه والمتوافق توافقا حسنا مع الآخرين ، (نجاتي، ١٩٦٠م، غنيم ،١٩٧٢م) .

٦ – مقياس المشاركة الاجتماعية ويرمز له بالرمز (٦- أج) :

الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس يميلون الى أن يكونوا غير اجتماعيين ومنعزلين، أو مستقلين.أما الأشخاص الذين يحصلون على درجات قليلة فيميلون الى أن يكونوا اجتماعيين، (نجاتي ، ١٩٦٠م ، ٣:) .(انظر الملحق رقم (١)) .

ثبات وصدق الاختبار:

يقول (نجاتي ١٩٦٠م) أوضحت الدراسات السابقة لهذا الاختبار : أن مقاييسه الستة على درجة كبيرة من الثبات والصدق بحيث يمكن الاطمئنان الى دقتها في قياسها لسمات الشخصية التي وضعت من أجلها ولما كانت هذه الدراسات السابقة لثبات الاختبار وصدقه قد أجريت في خارج الوطن العربي ، فاننا نقوم الآن بجمع بيانات عن نتائج تطبيق هذا الاختبار على أفراد من مجتمعنا العربي حتى نستطيع حساب معاملات ثبات الاختبار وصدقه . غير أن خبرتنا في استخدام هذا الاختبار في مصر حتى الآن قد أتت بنتائج حسنة تدل على دقته وتبشر بفائدته الكبيرة في قياس سمات الشخصية . وقد طبق هذا الاختبار مثلا على بعض الموظفين في احدى المصالح الحكومية بجمهورية مصر العربية، وجاءت التقارير التي كتبت عن سمات شخصياتهم بناء على نتائج الاختبار متفقة مع تقدير رؤسائهم لهم في معظم الحالات مما يدعو الى الاطمئنان الى صدق الاختبار .

الثبات :

أوضحت الدراسات أن معامل ثبات هذا الاختبار قد تم حسابه بطرق منها: طريقة التجزئة النصفية حيث يتراوح معامل الثبات بين ,٧٧ – ,٨٨ ، وطريقة اعادة الاختبار يتراوح بين ,٦٥–,٩٢ ، اذا كانت الفترة الفاصلة بين الاجرائين قصيرة وكان معامل الثبات بعد سنة يتراوح بين ,٧٠–,٧٧ ، وبعد سنتين يتراوح بين ,٥٦– ,٧٤ ، وبعد

ثلاث سنوات يتراوح بين ٤٤, - ٧٢,.

الصدق:

أما بالنسبة للصدق فقد أجري الكثير من الدراسات على هذا الاختبار في قدرته على التنبؤ بالسلوك من الأنواع المختلفة. حيث يقول سوبر: "أن اختبار برنرويتر كشف عن بعض القدرة على التمييز بين المجموعات المرضية والعادية ، والتمييز بين المجموعات المرضية المختلفة ولكن ليس الى الحد الذي يجعل الاختبار مفيدا بشكل عادي لمثل هذه الأغراض.كما كشف عن قدرة بسيطة أو معدومة للتمييز بين مجموعات لديها مشكلات سلوكية وغيرها من المجموعات .ومن المعروف أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية يختلفون في تكوين شخصياتهم عن العصابيين . ويعتبر اختبار برنرويتر أساسا لتمييز العصابيين.

(نجاتي، ١٩٦٠م، غنيم ، ١٩٧٢م) .

ثبات اختبار الشخصية في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بحساب الثبات عن طريق اعادة التطبيق على ٤٠ مريضا ومريضة من عينة الدراسة وذلك بفاصل زمني قدره اربعة أشهر بين التطبيق الأول والثاني وكانت قيم معامل الاستقرار كما يلي:

	معامل الارتباط
١ - البعد الأول	,٤٨
٢ - البعد الثاني	,٢٢
٣ - البعد الثالث	,٣٤
٤ - البعد الرابع	,٢٣
٥ - البعد الخامس	,٩٩
٦ - البعد السادس	,٩٩

صدق اختبار الشخصية في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد اختبار الشخصية مع المجموع الكلي للاختبار وذلك من نتائج ٤٠ مريضا ومريضة من عينة الدراسة وكانت

قيم معامل الارتباط كما يلي:

معامل الارتباط

١ - البعد الأول	,٨٧
٢ - البعد الثاني	,٤٨
٣ - البعد الثالث	,٧٨
٤ - البعد الرابع	,٤٥
٥ - البعد الخامس	,٨٠
٦ - البعد السادس	,٣٣

وكلها ارتباطات دالة احصائيا مما يطمئن الى صدق الاختبار بصورة مقبولة.

٢ - اختبار (رافن لقياس الذكاء (المصفوفات المتتابعة العادي)) :

أعد هذا الاختبار العالم الانجليزي رافن (١٩٣٨م) : ويتطلب هذا الاختبار ادراك العلاقات بين الوحدات المجردة. وهو من أكثر الاختبارات شيوعا في انجلترا لقياس العامل العام ويتألف من ستين مصفوفة يتكون كل منها من عدة أشكال حذف جزء منها، وعلى المفحوص أن يحدد الجزء الناقص من بين عدد من الاحتمالات الاختيارية ويمتد بين ٦ ، ٨ احتمالات.

وقد صنفت المفردات الى ٥ مجموعات كل منها يتكون من ١٢ مصفوفة متزايدة الصعوبة. وتتطلب المجموعات السهلة دقة التمييز أما المجموعات الصعبة فتتطلب ادراك العلاقات المنطقية بين الأشكال، (أبو حطب، ١٩٧٨م : ١٧٣ - ١٧٤) .

وقد نقل هذا الاختبار الى اللغة العربية وقام بتقنين هذا الاختبار على البيئة السعودية ، (أبو حطب وآخرون ،١٩٧٩م) .

وقد أكدت نتائج البحوث العلمية العاملية أن هذا الاختبار مشبع بالفعل تشبعا عاليا بعامل مشترك في أغلب اختبارات الذكاء التي يعتبرها علماء النفس في انجلترا مقاييس للعامل العام ، (أبو حطب، ١٩٧٨م: ١٧٤) .

ويعطي اختبار المصفوفات المتتابعة العادي للمفحوص ، بصرف النظر عن عمره الزمني بنفس التتابع للمجموعات الخمس، ثم يطلب منه القيام بالعمل تبعا لمعدله الخاص وفقا لسرعته الخاصة ، وبدون مقاطعة منذ أن يبدأ العمل حتى ينتهي منه ويمكن أن

يعطى فرديا وجماعيا.وتعتبر الدرجة الكلية في الاختبار مؤشرا على (الطاقة العقلية) للفرد كما تسهم الدرجة الفرعية التي يحصل عليها المفحوص في كل مجموعة من المجموعات الخمس على تحديد درجة اتساق التقدير الذي يعطيه الاختبار كما تفيد في تحديد الدلالة (النفسية) للتفاوت في درجات الاختبار .

(أبو حطب وأخرون ، ١٩٧٩م : ١٥ - ١٦) . (أنظر الملحق رقم (٢)) .

ثبات الاختبار:

تم تطبيق طريقتان لتقدير ثبات الاختبار:

أولهما : طريقة اعادة الاختبار - تم على مجموعات مختلفة من عينة التقنين الاصلية في مختلف الأعمار ، وقد تراوحت معاملات ثبات الاختبار بين ٧٣, - ٨١, عند المستويات العمرية لأقل من ٢٥ سنة ، ومنها يتضح أن جميع معاملات الثبات مرتفعة بدرجة كافية.

ثانيهما: طريقة تطبيق معادلة (كيودر - ريتشاردسون رقم ٢٠) واتضح أن معاملات الثبات لهذه الطريقة جميعها مرتفعة بين ٨٧, - ٩٦, .

وبهذا تتفق الطريقتان على ثبات الاختبار ، (المرجع السابق: ٥٠ - ٥١) .

صدق الاختبار:

أثبتت الدراسات التي استخدمت هذا الاختبار ظهور نتائج تدل على صدق الاختبار وفائدته في قياس ومعرفة الفروق في المستوى العام للذكاء وقد تم ايجاد صدق الاختبار عن طريق الصدق المرتبط بالمحكات حيث استخدمت المحكات التالية:

	معامل الارتباط
١ - اختبار ذكاء الشباب اللفظي	٧٣,
٢ - اختبار ذكاء الشباب المصور	٧٨,
٣ - مجموع درجات التحصيل في امتحان الكفاءة المتوسطة	٧١,
٤ - المعدل التراكمي لطالبات الجامعة	٢٤,
٥ - رسم الرجل وقد تراوحت معاملات الارتباط بين :	٢٢ - ٥٦,

(المرجع السابق ، ٤٩) .

وهـــذا يعنـــي أن الاخـــتبار يرتبط بالعديد من المحكات الأمر الـذي يؤكـد

صدقه، ومما يزيد من اطمئنان الباحثة الى استخدامه ان تقنينه جرى على البيئة السعودية، كما أن هذا الاختبار قد تم استخدامه في كثير من البحوث التربوية والنفسية بمكة المكرمة.

(فلاته ١٤٠٥ هـ ، النفيعي ،١٤٠٦ هـ ، حميدة ، ١٤٠٧ هـ ، الثبيتي ، ١٤٠٨ هـ) .

٣ - استمارة البيانات الأساسية:

قامت الباحثة بتصميم استمارة خاصة لجمع البيانات اللازمة عن الحالات التي تقوم بدراستها. وتشتمل على بيانات ومعلومات شخصية . (أنظر الملحق رقم (٣)) .

سادساً: اجراءات التطبيق :

١ - تم الاتصال بالجهات الرسمية المعنية لأخذ الاذن بعملية التطبيق فى المستشفيات الحكومية بمدينة مكة المكرمة . (أنظر الملحق رقم (٤)) .

اتبعت الباحثة في اجراءات تطبيق أدوات البحث الأساليب التالية:

٢ - تم أخذ عينة الدراسة من المترددين على العيادة المتخصصة بالسكري حسب الأيام الخاصة بالذكور والأيام الخاصة بالاناث في كل مستشفى أو المترددين على عيادات الباطنة بالنسبة للمستشفيات التي لا يوجد بها عيادات متخصصة للسكري على أن يتم اختيار العينة من المرضى اللذين يعانون من داء السكري لمدة لا تقل عن عامين ، ولقد تم تطبيق الاختبارات على مرضى السكري المترددين على المستشفيات من الفترة ١٤١٤/٣/١ هـ الى ١٤١٤/٥/٣٠ هـ .

٣ - قامت الباحثة بتطبيق اختبار الشخصية أولا لمريض السكري أثناء انتظاره دوره لدخول العيادة وذلك قبل اجراء التحاليل الخاصة بالسكر أو تناول الوجبة حتى يكون متأثرا من معاناته لهذا المرض .

٤ - تم تطبيق اختبار الذكاء بعد اجراء التحاليل وتناول الوجبة حيث رأت الباحثة أنه من الممكن أن يكون المريض قد أخذ قسطا كافيا من الراحة يمكنه من اجراء الاختبار الثاني .

٥ - تم تطبيق الاختبارين لكل مريض على حدا حيث أنه لم يتوفر امكانية تطبيق الاختبار على مجموعة من المرضى في آن واحد مما أحدث مشقة كبيرة للباحثة

في تكرار كيفية التطبيق والشرح .

سابعاً: الأسلوب الاحصائي:

قامت الباحثة بتحليل نتائج الدراسة احصائيا بالحاسب الآلي بجامعة أم القرى مستخدمة اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات وهم مجموعة مرضى السكر ومجموعة الأفراد العاديين وبين مرضى السكر حسب المتغيرات قيد الدراسة بالاضافة الى استخدام تحليل التباين آحادي الاتجاه مع بعض فروض الدراسة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الدراسة ومناقشتها :

لقد قامت الباحثة بادخال البيانات عن طريق الحاسب الآلي بجامعة أم القرى مستخدمة الحزم الاحصائية Spss . وقد تم استخدام اختبار (ت) لحساب فروق المتوسطات مع بعض الفروض (١-٧،١٢،١٣) واستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه مع الفروض (٨-١١)

الفرض الأول :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل الى العصابية . والجدول رقم (٧) يوضح النتيجة .

جدول رقم (٧) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في الميل العصابي

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
الميل الى العصابية:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٦٤,٤٩٥٠	٤٠,٨٨٨	٣٩٨	٤ ,٢٩	فى صالح المصابين بمرض السكر
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٤٨,٤٣٥٠	٣٣,٥٧٤			

يتضح من الجدول رقم (٧) أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل الى العصابية لصالح المصابين بمرض السكر، حيث أن الأشخاص اللذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس يميلون الى أن يكونوا غير متزنين من الناحية الانفعالية ، أما الأشخاص اللذين يحصلون على درجات قليلة يميلون الى أن يكونوا على درجة كبيرة من الاتزان الانفعالي .

وقد يرجع السبب في ذلك الى أن الانفعالات والاضطرابات النفسية التي يعاني منها مريض السكر والتي تؤثر على حياته ، قد تكون سببا في زيادة معاناته من مرض السكر.

يقول (رويحه،١٩٧٣م) ان الانفعالات النفسية في بعض الأحيان تؤثر تأثيرا باعثا للاصابة بمرض السكر اذا وجد الاستعداد لها.

كما يرجع ذلك أيضا الى شخصية مريض السكر الذي يكون لديه الميل الى كبت انفعالاته وعدم التعبير عنها أو التفاعل معها مما يؤدي الى احداث الخلل الداخلي في وظائف الجسم وخاصة افرازات الغدد نتيجة الكبت وعدم التفاعل ويؤيد ذلك(رينج، ١٩٦١م) في وصفه لانماط الشخصية وبالتحديد النمط الثالث مقيدي التفاعل حيث ذكر أن هذا النمط من الشخصية يشعر فيه المريض بمخاوفه وانفعالاته ولكن دون أن يتفاعل معها أو يعبر عنها ومن ضمن من شملهم هذا النمط مريض البول السكري.

كما يمكن تفسير ذلك في ضوء أثر وظائف الاعضاء (الفسيولوجيا) على السلوك التكيفي وما للهرمونات من تأثير وعلى وجه الخصوص افرازات الغدد الصماء والتي تفرز مواد ذات فعالية كبيرة في مجرى الدم وتنتقل الى جميع الاعضاء الداخلية محدثة اثارا حركية وعضوية ونفسية نتيجة لهذه الافرازات . ويتضح ذلك بجلاء عندما يكون هناك مرض نتيجة زيادة أو نقص في افرازات هذه الغدد.وقد أشار (لازاروس ، ١٩٨٤م) الى أن زيادة افراز هذه الهرمونات تؤدي الى الهياج وقلة النوم ، وقلة افرازها يؤدي الى النوم والتعب وهذه الافرازات هي الانسولين والتي يكون لها تأثير قوى حيث تعمل على تنظيم السكر في الدم واختزان الفائض منه في الكبد . وتأثيرهذا الهرمون يؤدي الى أعراض خطيرة كالضعف الجسمي والخلط الذهني ، والرؤية المزدوجة وحتى حدوث النوبات والتشنجات والشخص الذي تنتابه هذه الاضطرابات بشكل مزمن لايدرك طبيعة المشكلة ، ولكنه يشعر بعدم القدرة على التعامل بشكل مناسب مع متطلبات الحياة العادية . وقد تظهر أعراض بارانويا في الحالات الشديدة .

وتتفق نتيجة هذا الفرض بصفة عامة مع ماتوصل اليــــه كالي (Kallai, 1988) التي أظهرت أن الاتجاه الانفعالي ارتبط بنوع مرضى السكر والمضاعفات ، وأن هناك علاقة ارتباطية بين الصفات الانفعالية لمرضى السكر واختبار الشخصية وأن مرضى السكر يعانون من شعور بسيط بالذنب .

كما تتفق نتيجة هذا الفرض بصورة عامة مع ماتوصل اليه نجاساوا(Nagasawa 1990) حيث وجد أن الاتزان الانفعالي والدافعية الداخلية والخارجية وادراك الفائدة والبيئة المساعدة ترتبط مع تقبل مرضى السكر لمرضهم.

الفرض الثانى :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل اكثر الى الأكتفاء الذاتى والجدول رقم (٨) يوضح النتيجة .

جدول رقم (٨) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد (الاكتفاء الذاتي)

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
الاكتفاء الذاتي :					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢٩ ,٣٢٠٠	٢٢ ,٥٠٢	٣٩٨	٠ ,٥٩	لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢٨ ,٠٨٥٠	١٨ ,٩٤٣			

يتضح من الجدول رقم (٨) أنه لاتوجد فروقاً ذات دلالة احصائية بين المجموعتين. واذا نظرنا الى هذا البعد نجد أن الأشخاص اللذين يحصلون على درجات عالية يفضلون العزلة ويندر أن يطلبو العطف أو التشجيع ويميلون الى اغفال نصيحة الآخرين.

أما الأشخاص اللذين يحصلون على درجات قليلة فانهم يكرهون العزلة وكثيرا مايطلبون النصيحة والتشجيع .

وفي حقيقة الأمر ان مرض السكر يتطلب التعاون اليومي المستمر والمنتظم بين مريض السكر والطبيب المعالج والفريق العلاجي حتى اللذين لديهم ميل الى العزلة والاكتفاء الذاتي فانه نتيجة للتعامل اليومي واحتياج المريض للآخرين لمساعدته ومايجده ومايلمسه من عطف وتشجيع من الآخرين سواء الطبيب أو الفريق العلاجي أو الأهل والأصدقاء كل هذه العوامل تجعله يترك العزلة جانبا ويتجه الى الآخرين لطلب المساعدة حتى وان لم يطلبها فانه سوف يجد الآخرين يقدمون له مساعدة يحتاج اليها ويتطلب هذا منه السماع لنصائح الطبيب والالتزام بارشاداته وقد يضطر في بداية الأمر الى ذلك رغما عنه حتى يستطيع التعايش مع مرضه في سلم ودون معاناة والا فان العزلة

والابتعاد عن الآخرين يؤثران عليه وقد تتعرض حياته للخطر وتجعله غير قادر على ممارسة حياته العادية بشكل طبيعي.

ولقد أكد كالي (Kallai, 1988) أن مريض السكر يتصف بالقدرة الجيدة على التعاون والادراك المناسب والاحتمال المتكيف للمرض .

كما ذهب اندرسون وزملاؤه(Andrson etal, 1990) الى جدية مرضى السكر اللذين لايعتمدون على الانسولين ولقد كانت نسبة مرضى السكر اللذين لايعتمدون على الانسولين تمثل ثلثي العينة في هذه الدراسة بنسبة (٥, ٦٨٪) أما اللذين يعتمدون على الانسولين بنسبة (٥, ٣١٪) من أصل العينة التي تبلغ (٢٠٠) مريضا .

الفرض الثالث :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أكثر الى الانطواء والميل أقل الى الانبساط والجدول رقم (٩) يوضح النتيجة ٠

جدول رقم (٩) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد (الانطواء -الانبساط)

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
الا نطواء- الا نبساط:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٤١ ,٥١٥٠	٣١ ,٥٨٤	٣٩٨	٢ ,٦٢	فى صالح المصابين بمرض السكر
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٣٤ ,٨١٠٠	٢٥ ,٣٥٨			

يتضح من الجدول رقم (٩) أن مرضى السكر أكثر ميلا للانطواء على أنفسهم من العاديين وبفروق ذات دلالة احصائية حيث أن الأشخاص اللذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس يميلون الى أن يكونوا منطوين ، ويميلون الى أن يعيشوا داخل أنفسهم ويوجهون أفكارهم ورغباتهم نحو أنفسهم ويؤثرون العزلة والانطواء ويجدون صعوبة في الاختلاط مع الآخرين ويميلون الىالتحفظ في تعاملهم ، وهم أيضا شديدي الحساسية لملاحظات الناس لهم . لايكثرون من أحلام اليقظه ويتميزون أيضا بالميل الى الاكتئاب وعدم الاستقرار والبلادة ، وهم عصبيون الا في بعض الحالات

القليلة . وتعلل الباحثة ذلك الى أن مرضى السكر رغم معاناتهم المرضية الا أنهم ينعمون بالايمان العميق بالله والصبر مما يمنحهم الثقة في أنفسهم وعدم شعورهم بالنقص عن الآخرين وهم أيضا يبتعدون عن المناسبات الاجتماعية الى حد ما ويعانون كثيرا من الأرق وقلة النوم والقلق .

أما الأشخاص العاديين واللذين حصلوا على درجات قليلة فانهم يكونون منبسطين لايقلقون الا نادرا وقلما يشعرون بتقلبات انفعالية وفي النادر يفضلون أحلام اليقظة محل العمل ويتجهون بمشاعرهم نحو الآخرين والى المحيط الاجتماعي ونحو الأشياء والأشخاص .

وهذا يتمشى مع ماجاء في نظرية (يونج ، ١٨٧٥م) وما أكده(ايزنك ١٩٤٨م) في دراساته ، وما أشار اليه بيتي وزملاؤه (Petty etal,1990) في دراستهم التي أوضحت أن مرضى السكر المكتئبين أقل قدرة على التكيف من مرضى السكر العاديين .

الفرض الرابع :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أقل للسيطرة والميل أكثر للخضوع والجدول رقم (١٠) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٠)الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد (السيطرة-الخضوع)

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
السيطرة – الخضوع:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٤١ ,٥١٥٠	٣١ ,٥٨٤	٣٩٨	٠ ,٥٩	لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٤٣ ,٢٦٥٠	٢٧ ,٧٠٩			

يتضح من الجدول رقم (١٠) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية فى بعد(السيطرة – الخضوع) بين مرضى السكر والعاديين وهذا يشير الى أن كلا

المجموعتين لديهم الميل للسيطرة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب مواجهة الاخرين وترجع الباحثه ذلك الى أن مرض السكر رغم خطورته في جوانب مختلفة الا أنه يمكن السيطرة عليه والتعايش معه . ولأن هذا المرض يخضع بطبيعته للسيطرة من قبل المريض وذلك باتباع ارشادات الطبيب والخضوع للبرنامج العلاجي والتثقيفي الشامل. ونتيجة لتعايشه وضبطه نفسه في ظل ظروفه المرضية في المواقف الاجتماعية وهذا ما أكده أندرسون وزملاؤه (Anderson etal, 1990) من أن مريض السكر يتقبل مرضه .

كما تتفق هذه النتيجة مع ماتوصل اليه بيروت ومكمري (Peyrot & Mcmurry ,1992) في أنه لاتوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الضغط النفسي والاجتماعي وضبط السكر لدى المجموعات القادرة على التغلب على المشكلات.

الفرض الخامس :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أقل الى الثقة بأنفسهم والجدول رقم (١١) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١١) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد الثقة بالنفس

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
الثقة بالنفس:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٧٧ ,٧٠٥٠	٥٥ ,٢٣٣	٣٩٨	٥ ,٥٥	فى صالح المصابين بمرض السكر
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٥٠ ,٣٧٠٠	٤٢ ,٣٩١			

يتضح من الجدول رقم (١١) أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في بعد الثقة بالنفس ، وتظهر الدرجات العالية في هذا المقياس الميل الى الحساسية لدرجة تعوقهم عن التوافق والميل الى الشعور بالنقص واحتمال حدوث شعور بالذنب واللوم ، والميل الى الشعور بعدم المقدرة والمعاناة وحدوث نقص في التقدير للذات وزيادة الاعتماد على الغير أما الدرجات المنخفضة فتظهر الميل الى الثقة بالنفس والقدرة على التوافق مع الآخرين وعدم الشعور بالنقص .

وتتفق هذه النتيجة مع ماجاء في تقرير جروين وبلسر(Groen & pelsor) عند

قيامهم بتكوين مجاميع لمناقشة مشاكل وعلاج مرض السكر وكان ضمن التحديات النفسية التي قاموا بمناقشتها احتمال حدوث الشعور بالذنب واللوم ، والاستجابة للشعور بعدم المقدرة والمعاناة ، واحتمال حدوث نقص في التقدير للذات وزيادة الاعتماد على الغير.
(Ahmed , Ahmed 1985: 193) .

ومع ما أشار اليه اندرسون وزملاؤه (Anderson etal, 1990) من أن هناك تأثير لمرض السكر على حياة المريض .

الفرض السادس :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الميل أقل الى المشاركة الاجتماعية والجدول رقم (١٢) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٢) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في بعد المشاركة الاجتماعية

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
المشاركة الاجتماعية:					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٣٧ ,٩٤٠٠	٣٠ ,٧٥١	٣٩٨	٠ ,١١	لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين.
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٣٨ ,٢٧٠٠	٢٦ ,٦٦٠			

يتضح من الجدول رقم (١٢) أنه لاتوجد فروقاً ذات دلالة احصائية في بعد(المشاركة الاجتماعية) بين مرضى السكر والعاديين حيث تبين الدرجات العالية في هذا المقياس ميل الأشخاص الى أن يكونوا غير اجتماعيين ومنعزلين أو مستقلين. أما الأشخاص اللذين يحصلون على درجات منخفضة فيميلون الى أن يكونوا اجتماعيين وألوفين .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نجاساوا وزملاؤه (Nagasowa etal,1990).التى أشارت الى أن البيئة الاجتماعية السالبة ترتبط بدرجه تقبل مرضى السكر لمرضهم ويعني ذلك أنه اذا توفرت بيئة اجتماعية موجبة وجيدة كان ذلك أكثر ملاءمة لتقبل مرضى السكر لمرضهم . ولقد جاء مثل ذلك في تقرير جروين وبلسر(Groen, Pelser) حيث ذكر " أن العناية بداء السكرى من الممكن أن يتداخل مع الحياة الاجتماعية اليومية لبعض الأفراد ولمواجهة هذه العوامل الاجتماعية تم التركيز على تعليم المرضى مهارات شخصية مطلوبة حتى يستطيعوا أن يتعاملوا مع داء السكر بنجاح، وفي نفس الوقت يتم تلاشي أى ازعاج اجتماعي غيرلازم" ، (Ahmed , Ahmed , 1985:194) .

كما تتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصل اليها اندرسون وزملاؤه (Andrson et al, 1990) في أن معرفة اتجاه مرضى السكر نحو مرض السكر وطرق علاجه يحتاج الى تدريب خاص لمواجهة العناية بمرضه بالاضافة لاحتياج مريض السكر الى العناية الجماعية كل هذه الأسباب جعلت من مريض السكر مشاركا اجتماعيا ونظرا لظروفه المرضية التي تتطلب تعامله مع الغير واحتياجه التدريب المستمر أصبح لديه الدافع الى المشاركة الاجتماعية بعد أن تولد لديه بحكم ظروفه المرضية التي تتطلب ذلك خلاف أى مريض آخر الذي قد يختار العزلة هربا من الناس لكن مريض السكر يطلب منه الاختلاط بالآخرين يوميا لتتبع حالته وبالعطف المستمر والتعاون الدائم قد يصبح مشاركا اجتماعيا.

الفرض السابع :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين فى أنهم أقل من حيث الذكاء والجدول رقم (١٣) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٣) الفروق بين مرضى السكر والعاديين في الذكاء

البعد	المتوسط	الإنحراف المعيارى	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
الذكاء :					
المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢٣ ,١٣٠٠	١١ ,٨١٨	٣٩٨	٥ ,٢٠	فى صالح غير المصابين بمرض السكر
غير المصابين بمرض السكر ن=٢٠٠	٢٩ ,٢٨٠٠	١١ ,٨٥٧			

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في الذكاء لصالح العاديين ولقد سبق الاشارة الى أن الذكاء من المتغيرات الهامة التى ترتبط بتأثر الفرد بنشاطه وتفكيره وقدرته على الادراك .

وتتفق نتائج هذا الفرض مع ماذكره كلا من (رويحه ، ١٩٧٣م هاريسون ١٩٧٨م) في أن ذكاء الفرد ونشاطه يتأثر نتيجة حدوث خلل في افرازات الغدد التي تصب افرازاتها في الدم مباشرة وحيث أن مرض السكر يحدث نتيجة خلل في غدة البنكرياس ونظرا لما يسببه ذلك الخلل من تأثير على الجهاز العصبي للانسان قد تصل درجة الشلل في ذلك العضو وبالتالي تتأثر قدرة الفرد على التفكير والادراك.

الفرض الثامن :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب (المستوى التعليمي) في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة ، والجدول رقم (١٤) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٤) الفروق بين مرضى السكر حسب المستوى التعليمي

التبايــن	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
١- البعد الأول(الميل العصابي)					
بين المجموعات	٨	١١٨١٧ ,١١	١٤٧٧ ,١٣	٠ ,٨٧	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	٣٢, ٨٨٢	١٦٨٠ ,٠١		
المجموع الكلــي	١٩٩	٣٣٢٦٩٩ ,١٢			
٢-البعد الثاني(الاكتفاء الذاتي)					
بين المجموعات	٨	٥٢٤٥ ,٠٩٥٧	٦٥٥ ,٦٣٧٠	٣ ١ ,٣١١	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	٩٥٥٢٠ ,١٤٥٥	٥٠٠ ,١٠٥٥		
المجموع الكلـي	١٩٩	١٠٠٧٦٥ ,١٨٧٥			
٣- البعد الثالث (الانطواء-الانبساط)					
بين المجموعات	٨	٦٧٣١ ,٤٧٠٠	٨٤١ ,٤٣٣٦	١ ,٠٣٨	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	١٥٤٧٨٨ ,١٠٢٣	٨١٠ ,٤٠٨٧		
المجموع الكلـــي	١٩٩	١٦١٥١٩ ,٥٦٢٥			
٤- البعدالرابع(السيطرة - الخضوع)					
بين المجموعـات	٨	٥٩٩٣ ,٦٧٩٤	٧٤٩ ,٢٠٩٧	٠ ,٧٤٣	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	١٩٢٥١٦ ,٠١٨٨	١٠٠٧ ,٩٣٧٣		
المجموع الكلي	١٩٩	١٩٨٥٠٩ ,٦٨٧٥			
٥- البعد الخامس (الثقة بالنفس)					
بين المجموعـات	٨	١٣١٥١ ,٦٤٣٤	١٦٤٣ ,٩٥٥٣	٠ ,٥٢٩	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	٥٩٣٩٢٠,٦٥٦٣	٣١٠٩ ,٥٣٢٢		
المجموع الكلــي	١٩٩	٦٠٧٠٧٢ ,٢٥٠٠			
٦-البعدالسادس(المشاركة -الاجتماعية)					
بين المجموعـات	٨	١٢١٠٩ ,٠٨١٣	١٥١٣ ,٦٣٥٠	١ ,٦٤٢	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩١	١٧٦٠٤٧ ,١٠٦٠	٩٢١ ,٨٥٣٨		
المجموع الكلــي	١٩٩	١٨٨١٨٣ ,١٢٥٠			

يتضح من الجدول رقم (١٤) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب المستوى التعليمي في أبعاد اختبار الشخصية (الميل العصابي، الاكتفاء الذاتي ، الانطواء - الانبساط ، السيطرة - الخضوع ، الثقة بالنفس ، المشاركة الاجتماعية) .

وهذا يشير الى أن مريض السكرى سواء كان متعلم أو غير متعلم فان سمات وخصائص الشخصية تكون متقاربة أو متشابهة بسبب توحد معاناة المرض .

الفرض التاسع :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب(الحالة الاجتماعية) في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة ، والجدول رقم (١٥) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٥) الفروق بين مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية

التبايـن	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
١- البعد الأول(الميل العصابي)					
بين المجموعات	٣	٤٥٧٣ ,٩٢٩٦	,٦٤٣١ ١٥٢٤	٠ ,٩١١	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	٣٢٨١٢٤ ,١٩٥٣	,١٠٣٠ ١٦٧٤		
المجموع الكلـــي	١٩٩	٣٣٢٦٩٨ ,٠٦٢٥			
٢-البعد الثاني(الاكتفاء الذاتي)					
بين المجموعات	٣	١٦١٧ ,٣٠٦٤	٥٣٩ ,١٠٢١	١ ,٠٦٦	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	٩٩١٤٦ ,٧١٨٨	٥٠٥ ,٨٥٠٦		
المجموع الكـلي	١٩٩	١٠٠٧٦٤ ,٠٠٠٠			
٣- البعد الثالث (الانطواء-الانبساط)					
بين المجموعات	٣	١٧١١ ,١٦٢٩	٥٧٠ ,٣٨٧٥	٠ ,٧٠٠	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	١٥٩٨٠٧ ,٦٦٠٢	٨١٥ ,٣٤٥٠		
المجموع الكلـــى	١٩٩	١٦١٥١٨,٨١٢٥			
٤- البعد الرابع (السيطرة - الخضوع)					
بين المجموعات	٣	٦٧٣٥,٥٠٦٢	٢٢٤٥,١٦٨٧	٢,٢٩٥	لا توجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	١٩١٧٧٣,٣٦٤٠	٩٧٨,٤٣٥٣		
المجموع الكلي	١٩٩	١٩٨٥٠٨,٨١٢٥			
٥- البعد الخامس (الثقة بالنفس)					
بين المجموعـــات	٣	١١٦١٨ ,٢٧٦٧	,٧٥٨٨ ٣٨٧٢	١ ,٢٧٥	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	٥٩٥٤٥٣ ,٢٣٠٥	,٠٢٦٦ ٣٠٣٨		
المجموع الكلى	١٩٩	٦٠٧٠٧١ ,٥٠٠٠			
٦-البعدالسادس(المشاركة -الاجتماعية)					
بين المجموعـــات	٣	٤٨٨ ,٢٩٤٩	١٦٢ ,٧٦٥٠	٠ ,١٧٠	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٦	١٨٧٦٩٤ ,٤٥٢٩	٩٥٧ ,٦٢٤٨		
المجموع الكلـــي	١٩٩	١٨٨١٨٢ ,٦٨٧٥			

يتضح من الجدول رقم (١٥) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية . في ابعاد اختبار الشخصية (الميل العصابي ، الاكتفاء الذاتي ، الانطواء - الانبساط ، السيطرة - الخضوع ، الثقة بالنفس ، المشاركة الاجتماعية).

وهذا يشير الى أن مرض السكر لايفرق بين أعزب ومتزوج مطلق أو أرمل، وأن

سمات وخصائص الشخصية تكون متقاربة أو متشابهه بسبب توحد معاناة المرض.

الفرض العاشر :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب العامل الوراثي في جميع ابعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة ، والجدول رقم (١٦) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٦) الفروق بين مرضى السكر حسب العامل الوراثي

التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
١- البعد الأول(الميل العصابي)					
بين المجموعات	٥	١٦٢٧٧ ,٠٧٧٣	٣٢٥٥ ,٤١٥٣	١ ,٩٩٦	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	٣١٦٤٢٢ ,٧٦١٧	١٦٣١ ,٠٤٤٩		
المجموع الكلــــي	١٩٩	٣٣٢٦٩٩ ,٨١٢٥			
٢-البعد الثاني(الاكتفاء الذاتي)					
بين المجموعات	٥	٣٤١ ,٨١٢٨	٦٨ ,٣٦٢٥	٠ ,١٣٢	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	١٠٠٤٢٣ ,٤٤٥٣	٥١٧ ,٦٤٦٥		
المجموع الكلى	١٩٩	١٠٠٧٦٥ ,٢٥٠٠			
٣- البعد الثالث (الانطواء-الانبساط)					
بين المجموعات	٥	٦٣٩٩ ,٢٦١٩	١٢٧٩ ,٨٥٢٣	١ ,٦٠١	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	١٥٥١٢٠ ,٩٠٦٣	٧٩٩ ,٥٩٢٣		
المجموع الكلــــي	١٩٩	١٦١٥٢٠ ,١٢٥٠			
٤ -البعدالرابع(السيطرة - الخضوع)					
بين المجموعـــات	٥	٣٦٨٣ ,٤٤٧٢	٧٣٦ر٦٨٩٢	٠ ,٧٣٤	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	١٩٤٨٢٧ ,٠٧٨١	١٠٠٤ ,٢٦٣٢		
المجموع الكلي	١٩٩	١٩٨٥١ ,٥٠٠٠			
٥- البعد الخامس (الثقة بالنفس)					
بين المجموعــــات	٥	١٧٥٠٦ ,٠٠٩٦	٣٥٠١ ,٢٠١٩	١ ,١٥٢	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	٥٨٩٥٦٦ ,٢٦٥٦	٣٠٣٩ ,٠٠١٢		
المجموع الكلي	١٩٩	٦٠٧٠٧٢ ,٢٥٠٠			
٦ البعدالسادس(المشاركة -الاجتماعية					
بين المجموعــات	٥	٥١٠٨ ,٠٢٥٨	١٠٢١ ,٦٠٥٠	١ ,٠٨٣	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٤	١٨٣٠٧٦ ,٣٩٤٥	٩٤٣ ,٦٩٢٦		
المجموع الكلـــي	١٩٩	١٨١٨٤ ,٣٧٥٠			

يتضح من الجدول رقم (١٦) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر حسب العامل الوراثي في جميع أبعاد الشخصية (الميل العصابي، الاكتفاء الذاتي، الانطواء-الانبساط ، السيطرة-الخضوع،الثقة بالنفس،المشاركة الاجتماعية) .

ويرجع السبب في ذلك الى أن مرض السكر لايختلف باختلاف أسباب الاصابة سواء

ماكان منها وراثيا أو غير ذلك فالنتيجة النهائية هي الاصابة سواء من النوع الأول أو الثاني ولقد ذكر ذلك (أبو خطوه والقصيمي ، ١٩٨٩م) بقولهم:

" يجمع الخبراء على ان أسباب الاصابة بمرض السكر عديدة ومتشعبة ولايمكن حصرها في سبب واحد محدد. ذلك لأن هذه الأسباب كثيرا ماتكون متداخلة مع بعضها البعض مما يصعب فصلها ".ص٣٤

واذا نظرنا الى واقع هذه الدراسة نجد ارتفاع نسبة الاصابة بمرض السكر من النوع الثاني حيث بلغت النسبة (٥, ٦٨٪) . بينما بلغت في النوع الأول (٥, ٣١) من أصل العينة التي تبلغ (٢٠٠) مريضا وهذا يتفق مع ما ذكره (أبو خطوه والقصيمي) من أن نسبة الاصابة في مرض السكر من النوع الأول تكون أقل أى بما يقارب (١٠٪) من مجموع مرضى السكر أما النوع الثاني يمثل نحو (٨٠٪ الى ٩٠٪) تقريباً من المجموع الكلي لضحايا هذا المرض .

واذا نظرنا الى أسباب الاصابة في النوع الثاني نجد أنها ترجع لأكثر من سبب منها ماهو وراثى عن طريق القرابة ، أو إلى الاستعداد للاصابة أو بسبب تقدم العمر حيث أنه مع تقدم العمر يفقد الجسم تدريجيا قدرته الطبيعية على تخزين السكر في الكبد وقد بلغت نسبة الأفراد المرضى في هذه الدراسة (٤٠ عاما فأكثر) (٧٩٪) بينما المرضى (٤٠ عاما فأقل) بنسبة (٢١٪) من أصل العينة (٢٠٠) مريضا مما يضيف سببا آخر يمكن الاعتماد عليه في تفسير هذه النتيجة وهو تقدم العمر اضافة الى ارتفاع نسبة الاصابة في النوع الثاني .

كما اتضح لنا من الجدول رقم (٥) ارتفاع نسبة الأفراد اللذين لايعلمون سبب الاصابة مما يعطى مجالا لاحتمال ارتفاع نسبة أى عامل آخر غير العامل الوراثي أو السمنة.

هذا وأوضح (أبو خطوه و القصيمي، ١٩٨٩م) ذلك بقولهم : أنه اذا تفحصنا أسباب الاصابة بأكثر أنواع مرض السكر انتشارا بين الناس ، وهو النوع رقم (اثنين) الذي يصيب متوسطي العمر والعجائز ، نجد أن هناك أكثر من سبب واحد مطروحا على ساحة الاحتمالات . أول هذه الأسباب التي يؤكد عليها بعض الخبراء أهم النواحي الوراثية التي يحمل فيها المريض بعضا من عوامله الوراثية من أبائه وأجداده وهي التي كانت مبرمجة على مايعرف " بالاستعداد للاصابة بالمرض " كما أن العمر أو السن قد يكون سببا آخر من أسباب الاصابة بالسكر . فالاشخاص كبار السن عادة مايكونون أكثر من الصغار استعداد للاصابة بالسكر . " لأنه بمرور العمر يفقد الجسم تدريجيا قدرته

الطبيعية على تخزين السكر في الكبد. بيد أنه لايمكن فصل العامل الوراثي عن العمر لأنهما مرتبطان ومتلازمان" ص٣٦.

أيضا السمنة سببا آخر للاصابة بالسكر من النوع الثاني وقد ظهر ذلك في الدراسة بنسبة (١٪) من مجموع أفراد العينة (٢٠٠) فردا .

" ولعل السمنة الزائدة من شأنها وضع ضغوط أكبر على خلايا البنكرياس المنتجة للأنسولين مما يسبب انهاكها واضطراب افرازاتها " ،(المرجع السابق).

الفرض الحادي عشر :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب مدة الاصابة في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة . والجدول رقم (١٧) يوضح النتيجة.

جدول رقم (١٧) الفروق بين مرضى السكر حسب مدة الاصابة

التبايــن	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
١- البعد الأول(الميل العصابي)					
بين المجموعات	٤	٢١٠٠ ,٢٥٦	٥٢٥ ,١٣١٣	٠ ,٣١٠	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٥	٣٣٠٥٩٩ ,٠١٣١٣	١٦٩٥ ,٣٧٩٦		
المجموع الكلــي	١٩٩	٣٣٢٦٩٩ ,٥٠٠٠			
٢-البعد الثاني(الاكتفاء الذاتي)					
بين المجموعات	٤	٣٣٨٢ ,٨٣٠٣	٨٤٥ ,٧٠٧٥	١ر٦٩٣	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٥	٩٧٣٨٢ ,٤٠٧٥	٤٩٩ ,٣٩٦٧		
المجموع الكـلي	١٩٩	١٠٠٧٦٥ ,١٨٧٥			
٣- البعد الثالث (الانطواء-الانبساط)					
بين المجموعات	٤	١٢٧٤ ,١٩١٤	٣١٨ ,٥٤٧٩	٠ ,٣٨٨	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٥	١٦٠٢٤٦ ,٠٢٧٣	٨٢١ ,٧٧٤٤		
المجموع الكلــي	١٩٩	١٦١٥٢٠ ,١٨٧٥			
٤- البعد الرابع (السيطرة- الخضوع)					
بين المجموعات	٤	٣٥٦٥ ,٢٤٤٧	٨٩١ ,٣١١٠	٠ ,٨٩٢	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٥	١٩٤٩٤٤ ,٣٥٩٤	٩٩٩ ,٧١٤٦		
المجموع الكلــي	١٩٩	١٩٨٥٠٩ ,٥٦٢٥			
٥- البعد الخامس (الثقة بالنفس)					
بين المجموعــات	٤	١٤١٨٤ ,١٣٤٥	٣٥٤٦ ,٠٣٣٤	١ ,١٦٦	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٥	٥٩٢٨٨٧ ,٥١٣١٣	٣٠٤٠ ,٤٤٨٧		
المجموع الكلي	١٩٩	٦٠٧٠٧١ ,٦٢٥٠			
٦-البعدالسادس(المشاركة -الاجتماعية)					
بين المجموعــات	٤	٥٠٨٢ ,٦٦٢٩	١٢٧٠ ,٦٦٥٥	١ ,٣٥٣	لاتوجد فروق
داخل المجموعات	١٩٩	١٨٣١٠٠ ,٨٥٤٧	٩٣٨ ,٩٧٨٥		
المجموع الكلــي	١٩٩	١٨٨١٨٣ ,٥٠٠٠			

يتضح من الجدول رقم (١٧) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية من حيث

مدة الاصابة في جميع الابعاد (الميل العصابي ، الاكتفاء الذاتي ، الانطواء – الانبساط، السيطرة – الخضوع ، الثقة بالنفس ، المشاركة الاجتماعية) لمقياس الشخصية المستخدم في الدراسة الحالية .

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع ماذكره كالي (Kallai, 1988) من أن نوعية الضبط ومدة المرض ليس لهما تأثير على الاتجاه الانفعالي نحو مرض السكر.

الفرض الثاني عشر :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكـــــر حسب الجنس (ذكور – اناث) في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم فـي الدراسـة، والجدول رقم (١٨) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٨) الفروق بين مرضى السكر الذكور والاناث

البعـــــــد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
١- **(الميل العصابي)** المصابين بمرض السكرمن الذكور ن=٧٥ المصابين بمرض السكرمن الاناث ن=١٢٥	٧٠ ,٩٤٦٧ ٦٠ ,٦٢٤٠	٤١ ,٤٨٩ ٤٠ ,١٩٤	١٩٨	١ ,٧٤	لاتوجد فروق
٢-**(الاكتفاء الذاتي)** المصابين بمرض السكر من الذكور ن =٧٥ المصابين بمرض السكر من الاناث ن =١٢٥	٢٩ ,٤٤٠٠ ٢٩ ,٢٤٨٠	٢٣ ,٢٠١ ٢٢ ,١٩٧	١٩٨	٠ ,٠٦	لاتوجد فروق
٣- **(الانطواء-الانبساط)** المصابين بمرض السكر من الذكور ن=٧٥ المصابين بمرض السكر من الاناث ن=١٢٥	٤٣ ,٣٧٣٣ ٤٠ ,٩٦٠٠	٢٦ ,٥٥٨ ٢٩ ,٦٥٦	١٩٨	٠ ,٥٨	لاتوجد فروق
٤- ا**(السيطرة – الخضوع)** المصابين بمرض السكر من الذكورن= ٧٥ المصابين بمرض السكر من الاناث ن=١٢٥	٤٩ ,٣٧٣٣ ٣٦ ,٨٠٠٠	٣٣ ,١٣٤ ٢٩ ,٧٦٥	١٩٨	٢ ,٧٧	في صالح الذكور
٥- **(الثقة بالنفس)** المصابين بمرض السكر من الذكور ن= ٧٥ المصابين بمرض السكرمن الاناث ن=١٢٥	٧٠ ,٩٧٣٣ ٨١ ,٧٤٤٠	٤٩ ,٥٦٣ ٥٨ ,١٨٩	١٩٨	١ ,٣٤	لاتوجد فروق
٦-**(المشاركة -الاجتماعية)** المصابين بمرض السكر من الذكور ن=٧٥ المصابين بمرض السكرمن الاناث ن=١٢٥	٣٣ ,٦٨٠٠ ٤٠ ,٤٩٦٠	٢٤ ,٧٣٦ ٣٣ ,٦٨٨	١٩٨	١ ,٥٢٠	لاتوجد فروق

يتضح من الجدول رقم (١٨) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر الذكور والاناث في جميع الأبعاد (الميل العصابي ، الاكتفاء الذاتي ، الانطواء – الانبساط ، الثقة بالنفس ، المشاركة الاجتماعية) عدا بعد السيطرة – الخضوع حيث كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية في هذا البعد بين الذكور والاناث في صالح

الذكور وقد يرجع ذلك الى طبيعة تكوين المرأة النفسي والعضوي .

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ماذكره (أبو خطوة والقصيمي ، ١٩٨٩م) من أن النوع الثاني أكثر شيوعا ويكثر بين الرجال والنساء متوسطي العمر (سن الأربعين فما فوق)، وقد أكدت نتيجة الدراسة الحالية أن نسبة المرضى متوسطي العمر(سن الأربعين فما فوق) تبلغ (٧٩٪) بينما من هم أقل من (سن الأربعين) تبلغ (٢١٪) من مجموع أفراد العينة التي تبلغ (٢٠٠) مريضا .

كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة روس (Ross, 1991) التي لم تظهر فروقا بين الذكور والاناث في قدرتهم على تحمل وتقبل مرض السكر.

الفرض الثالث عشر :

لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب (تشخيص مرض السكر) في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة والجدول رقم (١٩) يوضح النتيجة .

جدول رقم (١٩) الفروق بين مرضى السكر حسب تشخيص مرض السكر(النوع الاول والثاني)

البعد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	اتجاه الدلالة
١- الميل العصابية: المصابين بمرض السكرالنوع الأول ن=٦٣	٦٧ ,٥٧١٤	٤٥ ,٠٤٩	١٩٨	٠ ,٧٢	لاتوجد فروق
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن=١٣٧	٦٣ ,٠٨٠٣	٣٨ ,٩٢٠			
٢-الاكتفاء الذاتي : المصابين بمرض السكر النوع الأول ن=٦٣	٢٩ ,٦٨٢٥	٢١ ,٨٧٦	١٩٨	٠ ,١٥	لاتوجد فروق
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن=١٣٧	٢٩ ,١٥٣٣	٢٢ ,٨٦٢			
٣- الانطواء-الانبساط : المصابين بمرض السكر النوع الأول ن=٦٣	٤٢ ,٥٥٥٦	٢٨ ,٦٦٨	١٩٨	٠ ,٢٣	لاتوجد فروق
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن =١٣٧	٤١ ,٥٤٧٤	٢٨ ,٥٠٧			
٤- السيطرة - الخضوع : المصابين بمرض السكر النوع الأول ن=٦٣	٣٩ ,١٢٧٠	٣١ ,٦٧٦	١٩٨	١ ,٧٢٠	لاتوجد فروق
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن =١٣٧	٤٢ ,٦١٣١	٣١ ,٥٩٧			
٥- الثقة بالنفس : المصابين بمرض السكرالنوع الأول ن = ٦٣	,٩٠ ,٢٥٤٠	٥٨ ,٥٢٩	١٩٨	٢ ,٢٠	فى صالح النوع الاول
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن=١٣٧	٧١ ,٩٣٤٣	٥٢ ,٨٧٤			
٦-المشاركة -الاجتماعية : المصابين بمرض السكر النوع الأول ن = ٦٣	٣٧ ,٤٢٨٦	٣٠ ,٩١٤	١٩٨	٠ ,١٦	لاتوجد فروق
المصابين بمرض السكر النوع الثاني ن =١٣٧	٣٨ ,١٧٥٢	٣٠ ,٧٨٧			

يتضح من الجدول رقم (١٩) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب (تشخيص مرض السكر) في جميع أبعاد مقياس الشخصية المستخدم في الدراسة عدا بعد (الثقة بالنفس) حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية في صالح المصابين بالنوع الأول .

وترى الباحثة أن السبب في ذلك قد يعود الى طبيعة النوع الأول حيث المريض يفقد كل أمل له في الشفاء لأن أسباب الاصابة تكون اما تدني أو انعدام انتاج الأنسولين وبالتالي يعتمد المريض على المعالجة عن طريق حقن الأنسولين .

لأنه في هذه الحالة " لايمكن للبنكرياس افراز الأنسولين نهائيا اذ أن خلايا بيتا في جزر لنجرهانز تكون مدمرة . ويعالج المريض بحقن الأنسولين". (عيدروس،١٩٩٣م:٤٥) .

خاصة " وأن مرض السكر ناتج عن عجز في انتاج الأنسولين بسبب عوامل وراثية أو مكتسبة وان هذا العجز يؤدي الى تدني مستوى الأنسولين في الدم أو انعدامه وبذلك يرتفع سكر الدم " (الدنشاري ، البكيري ،١٩٩٤م :٧٧).

" فمعظم ضحاياهذا النوع هم ممن لاتستطيع أجسامهم انتاج كميات كافية من الأنسولين ، وبذا يصبحون معتمدين اعتمادا كليا على حقن الأنسولين طوال حياتهم" . (أبو خطوة والقصيمي ، ١٩٨٩م:٤٤).

أما بالنسبة للنوع الثاني فان طبيعة المعالجة تعتمد على اتباع نظام غذائي معين (حمية) وأحيانا يستخدم المريض بعض الأقراص للتحكم في العلاج وبالتالي فان مريض النوع الثاني يكون لديه امكانية المعالجة بالاعتماد على نفسه والتحكم في نظام غذائه وهذا يعطيه ثقة بنفسه من أن هناك أملا بالشفاء باتباعه ارشادات ونصائح الطبيب المعالج خلاف مريض النوع الأول الذي يفقد الثقة بنفسه .

ويتفق ماذكر عن النوع الثاني مع ماذكره (الدنشاري والبكيري ، ١٩٨٩م) من أن تعليم مريض السكر هو حجر الأساس في العلاج ، ولقد ساهمت منظمة الصحة العالمية مساهمة فعاله في هذا المجال حيث أنشئت مراكز عديدة لتعليم مريض السكر فمريض السكر ليس مريضا فحسب انما هو عضو فعال من أعضاء الفريق العلاجي .

الفصل الخامس

- ملخص النتائج
- التوصيات

ملخص النتائج :

هدفت الدراسة الى معرفة الفروق بين مرضى السكر والعاديين في جميع أبعاد مقياس الشخصية والذكاء والفروق بين مرضى السكر في بعض المتغيرات الخاصة بالدراسة.

وبعد استعراض نتائج الفروض التى تم التوصل اليها يمكن تلخيص أهم النتائج فيما يلي:

١- تحقق الفرض الأول حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله احصائية بين مرضى السكر والعاديين حيث كان مرضى السكر أكثر ميلا للعصابية .

٢ – لم يتحقق الفرض الثانى حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين حيث كان مرضى السكر أكثر ميلا للاكتفاء الذاتي.

٣ – تحقق الفرض الثالث حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله احصائية بين مرضى السكر والعاديين حيث كان مرضى السكر أكثر ميلا للأنطواء وأقل ميلا للانبساط .

٤ – لم يتحقق الفرض الرابع حيث أظهرت النتئاج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في بعد السيطرة والخضوع .

٥ – تحقق الفرض الخامس حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين حيث كان مرضى السكر أقل ثقة بأنفسهم .

٦ – لم يتحقق الفرض السادس حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين في بعد المشاركة الاجتماعية .

٧ – تحقق الفرض السابع حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى السكر والعاديين حيث كان مرضى السكر أقل ذكاء .

٨ – تحقق الفرض الثامن حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب المستوى التعليمي .

٩- تحقق الفرض التاسع حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب الحالة الاجتماعية .

١٠- تحقق الفرض العاشر حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب العامل الوراثي .

١١- تحقق الفرض الحادي عشر حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر حسب مدة الاصابة بالمرض .

١٢- تحقق الفرض الثاني عشر حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكر في جميع ابعاد الشخصية عدا بعد السيطرة حسب الجنس(ذكور - اناث) حيث كان الفرق فى صالح الذكور .

١٣- تحقق الفرض الثالث عشر حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة مرضى السكرحسب التشخيص(النوع الأول - النوع الثاني) فى جميع ابعاد الشخصية عدا بعد الثقة بالنفس ، حيث كان الفرق فى صالح النوع الاول .

التوصيات والمقترحات

التوصيات :

أوضحت نتائج الدراسة أن هناك مؤشرات تدل على أن مرضى السكر لديهم ميل عصابي وعدم استقرار نفسي كما أظهرت الدراسة أهمية الضبط النفسي بالنسبة لمريض السكر بناء على الدراسات السابقة لذلك توصى الباحثة بالتالي:

١- انشاء مراكز متخصصة لعلاج السكر تكون مهيئة من حيث توفر الامكانيات البشرية والمخبرية لاجراء التحاليل، وأماكن انتظار تكون مزودة بالتهوية الجيدة والاضاءة والاشرطة التعليمية الهادفة لتوعية مريض السكر بحيث يتم عرضها في أماكن الانتظار إضافة الى توافر النشرات والمجلات المتخصصة بهدف التوعية والارشاد.

٢- توفير عيادة نفسية تقوم باستقبال مرضى السكر المترددين على المستشفى ومراكز السكر وعمل اختبارات نفسية لهم الهدف منها مساعدة المريض والتخفيف من معاناته النفسية.

٣- أن يقوم المركز بتقديم الارشاد اللازم لذوى المرضى السكريين من ناحية التقبل ومعاملته على انه عضو فعال في الأسرة من حيث المشاركة فيما يمكن عمله وما يتناسب معه وكيفية قضاء وقته مع الأسرة.

٤- مساعدة مريض السكر على تقديم برنامج يومي يشعره بأنه عضو فعال في المجتمع بدلاً من احساسه بالمرض وتقديم النصح والمشورة له.

٥- السعى الى ايجاد علاقة تفاعلية بين المركز والمريض السكري من خلال الاخصائي النفسي الذي يقوم بهذا الدور.

بحوث ودراسات مقترحة:

نظراً لحاجة المجتمع لمعرفة المزيد عن مرضى السكر في المجالات النفسية تقترح الباحثة أن تكون هناك دراسات في الموضوعات الآتية:

١- إجراء الدراسة على مناطق أخرى حتى نستطيع التوصل إلى نتائج أخرى تكون ذات فائدة.

٢- تطبيق الدراسة باستخدام مقاييس أخرى كمقياس التوافق الاجتماعي ومقياس الطمأنينة حتى تتم مقارنة نتائج الدراسات بهدف التوصل الى نتائج أعمق.

٣- أجراء دراسة مماثلة على الأطفال من سن ٦ – ١٢ ومعرفة مدى انتشار المرض في هذه الفئة والمشكلات النفسية التى يعاني منها الأطفال.

٤- عمل دراسات مقارنة بين الذكور والاناث على مستوى المناطق حتى يتسنى لنا تحديد مدى انتشار المرض في فئة معينة دون أخرى وأسباب انتشارها.

برنامج مقترح لارشاد مرضى السكر من الناحية النفسية

مقدمة:

إن للمستشفيات دوراً متخصصاً في التخفيف من معاناة المرض من الناحية الصحية ولكن ليس العضوية فقط وإنما أيضاً الناحية النفسية وفي حقيقة الأمر أن مريض السكر يعتقد أنه مريض يعاني من مشكلات عضوية ومن خلال نتائج الدراسة وجدنا أنه يعاني من مشكلات نفسية لاتقل أهمية عن الناحية العضوية التى يعاني منها لذلك كان لابد من النظر الى هذه الناحية إذ أن هناك من يعتقد أن العلاج النفسي في تناول المهدئات وينتهي بذلك دور الطبيب النفسي إلا أنه في الحقيقة أن مريض السكر يحتاج الى فريق علاجي يتولى علاجه بصورة تكاملية حيث ان تحديد الجرعة الدوائية والانتظام على الحمية ليس كل العلاج إذ لابد من اشتراك الاخصائي النفسي الذي يقع عليه الدور الأكبر في تقديم الدور الارشادي النفسي لهذا المريض.

أهمية البرنامج المقترح:

ترى الباحثة أن أهمية هذا البرنامج ترجع للاعتبارات التالية:

١- وضع مريض السكر، وطول فترة علاجه التى لاتنتهي وهذا يتطلب الاهتمام بالناحية النفسية لتقديم العون والمساعدة وتحقيق التوافق الديني والنفسي والاجتماعي لهم.

٢- الاهتمام بهذه الفئة من الافراد الذين يتواجدون ويتعايشون بيننا إذ لابد من النظر الى مشكلاتهم بكل عناية.

٣- أهمية توفير الرعاية الارشادية لمريض السكر بصفة دائمة ومستمرة حتى يتسنى له التعايش مع المجتمع حوله دون الشعور بأي نقص أو دونية.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج الى:

١- الرفع من الروح المعنوية لمريض السكر حتى يستطيع التعايش كفرد عادي في

المجتمع.

٢- الاهتمام بمشكلاته النفسية لأن مريض السكر يعاني الكثير من المشكلات النفسية نظراً لطول فترة العلاج والتى قد لايستطيع الطبيب المعالج تقديمها له.

٣- تقديم الارشاد النفسي اللازم لأفراد اسرة المريض حتى تستطيع الاسرة تقبل هذا الفرد خاصة أن هناك التزامات معينة لابد من السير عليها والتفهم لها.

٤- التوعية الارشادية اللازمة لافراد المجتمع من خلال الاعلام حتى يستطيع الفرد التعايش مع المجتمع لأن مرض السكر يتطلب رعاية معينة من حيث موعد العلاج، والأكل والحمية.. الخ.

عناصر برنامج الارشاد النفسي:

أ- المريض السكري:

ان هذا البرنامج الارشادي المقترح موجه لمريض السكر بصفه عامة حيث ينبغي:

١- اعطاء مرضى السكر الفرصة للتعبير عما بداخلهم ومحاولة تلبية رغباتهم من حيث الوقت المناسب للتردد على العيادة وكيفية قضاء الوقت اثناء الانتظار والأخذ بآرائهم ومحاولة التجاوب معهم.

٢- دراسة مشاكلهم واحتياجاتهم وذلك من خلال المقابلات الارشادية.

ب- المرشد التخصصي:

١- يفضل أن يجعل المرشد النفسي عمله في اطار مفاهيم الدين الاسلامي فهو الاساس والمنطلق لكل عمل يقوم به.

٢- الارشاد النفسي لجميع مرضى السكر سواء المنومين داخل الاقسام أو المترددين على العيادات.

٣- التعامل المباشر مع مرضى السكر من خلال بناء علاقة ارشادية.

٤- القدرة على فهم سلوك المريض السكري وما يطرأ عليه نتيجة لطول مرضه.

٥- القدرة على التقييم المستمر لحالة المريض النفسية.

٦- القدرة على فهم طبيعة المشكلات التى يعاني منها المريض السكري ومحاولة مساعدته للخروج منها أو امكانية الابتعاد عنها.

٧- مساعدة المريض السكري بتنمية اهتماماته ومداركه والابتعاد عن احساسه بأنه شخص مريض خاصة وأن مرض السكر يمكن التعايش معه.

اسلوب تنفيذ البرنامج الارشادي:

لتنفيذ برنامج ارشادي لمريض السكر يتطلب ذلك منا الاهتمام بالنواحي التالية:

أولاً: برنامج الارشاد النفسي لذوى المريض:

يقصد بهذا البرنامج اعطاء النصح والارشاد اللازم لذوي المرضى حتى يستطيعوا التعامل مع هذا الفرد الذي يتعايش بينهم وتفهم وضعه وعدم المساس باحاسيسه ومشاعره واعتباره فرد عادي مع ادراك ظروفه المرضية وكيفية التعامل معها وابعاده عن مجالات الاثارة النفسية والمواقف العدائية واحساسه بالعجز والدونية.

ثانياً: برنامج الارشاد النفسي:

يقصد به تقديم جميع أنواع الرعاية النفسية العلاجية والوقائية لجميع المرضى السكريين من أجل تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي بهدف الوصول الى الصحة النفسية.

ثالثاً: الارشاد الديني:

يقصد به الاهتمام بالجوانب الدينية والأخلاقية بغرض الرفع من الروح المعنوية وزرع الثقة وتحقيق قدر من الاطمئنان النفسي والروحي والعقلي والاجتماعي القائم على الايمان بالله سبحانه وتعالى.

التطبيقات:

هناك مجالات متعددة يمكن من خلالها تطبيق برنامج الارشاد النفسي والحقيقة أن الباحثة سوف تذكر اكثر هذه النواحي التطبيقية ايجابية وأقل تكلفة وتتمثل في النواحي التالية:

١- الارشاد الفردي:

وهوالارشاد الموجه لمريض السكر وجهاً لوجه حيث يتم الأخذ في الاعتبار المشكلات الخاصة بالفرد ويتم هذا النوع من الارشاد من خلال الحوار وإثارة الدافعية لدى المريض وتفسير المشكلات التى يعاني منها ثم وضع الخطط الخاصة بالفرد ثم التوصل الى كيفية حل المشكلات وتبصير المريض بمشكلاته ووضع الحلول المناسبة بالاضافة الى اجراء الاختبارات النفسية الضرورية لتحديد المشكلات التى يعاني منها المريض السكري.

٢- الارشاد الجماعي:

وهذا النوع من الارشاد مهم خاصة للمرضى حديثي الاصابة بهذا المرض بحيث يتم وضع مجموعة من المرضى اللذين سبق لهم الاصابة من فترة طويلة مع هؤلاء

المرضى لاكتساب الخبرة في مجال المشكلات النفسية عن طريق عرض المشكلات المتشابهة حتى يتم عدم الوقوع فيها وأن يتم ذلك تحت اشراف الاخصائي النفسي، ويكون أفراد المجموعة من ٦ - ١٠ في الجلسة الارشادية الواحدة.

المراجع

المراجع العربية:

١- القرآن الكريم.

٢- أبو حطب، فؤادواخرون (١٩٧٩م) كراسة تعليمات اختبار رافن للذكاء، مركز البحوث التربوية والنفسية- جامعة أم القرى- مكة المكرمة.

٣- أبو حطب، فؤادو اخرون (١٩٧٩م) اختبار المصنوفات المتتابعة، مركز البحوث التربوية والنفسية- جامعة أم القرى- مكة المكرمة.

٤- أبو حطب، فؤاد (١٩٧٨م) القدرات العقلية، الانجلو المصرية: القاهرة.

٥- أبو خطوة، أحمد نبيل وآخرون (١٩٨٩م) مرض السكر وكيف نتعامل معه، تهامة: جدة.

٦- أبو لسان مصطفى (١٩٩٤م) المعركة ضد "السكري" تقترب من الحسم، الوسط، العدد (١٠٣)، ص ٦٢، ٦٣: شركة الحياة الدولية للنشر المحدودة: لندن.

٧- استمارات احصاءات مرضى السكر (١٤١١هـ - ١٤١٤هـ)، مستشفى الملك عبد العزيز، وزارة الصحة: العاصمة المقدسة.

٨- بساطة، وفاء (بدون) التعايش مع مرض السكري بأمان، بوهرنجرمانهايم، وزارة الصحة: الرياض.

٩- البورت، جوردن (١٩٦٣م)، نمو الشخصية، ترجمة د. جابر وآخرون، بدون.

١٠- باترسون، س. هـ (١٩٩٠م) نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد الفقي، دار القلم: الكويت.

١١- بركات، محمد خليفة (١٩٧٨م) العلاج النفسي والصحة النفسية، دار القلم: الكويت.

١٢-البعلبكي ، منير (١٩٩٢م) ، المورد قاموس انجليزي - عربي ، دار العلم للملايين : بيروت.

١٣-البعلبكي ، منير (١٩٩٢م) ، المورد قاموس عربي - انجليزي ، دار العلم للملايين : بيروت.

١٤-بيدس ، اميل خليل (١٩٨٧م) ، دليل الأمراض النفسية والبدنية ، دار الافاق الجديدة: بيروت .

١٥-جابر ، عبدالحميد جابر وآخرون (١٩٨٨م) ، معجم علم النفس والطب النفسي، دار النهضة العربية : القاهرة .

١٦- جلال، سعد (١٩٨٦م) الصحة العقلية، دار الفكر العربي: القاهرة.

١٧- جنيد، عبد الله أحمد (بدون) النظام الغذائي الخاص بمرض الداء السكري، شركة نوفو:

صنعاء.
١٨- حسين، حسين (١٩٩م) البدانة والسكر وأمراض الكبد وراء ارتفاع الاصابة، عالم الطب والصيدلة المجلة (٩) العدد (٤)، ص ٩١، وزارة الصحة: الرياض.
١٩- حسنين، عبد العزيز معتوق (١٩٨٩م) مرض السكر الحلو والمر، سلسلة التوعية الصحية، مطبعة الخدمات الطبية للقوات المسلحة، وزارة الصحة: صحة الغربية.
٢٠- حمدى (١٩٩٢م) حقن الانسولين لمرض السكري عن طريق اداة الحقن المسماة قلم الأنسولين، عالم الطب والصيدلة، مجلد (١٠) العدد (٢)، ص ١٧، وزارة الصحة: الرياض.
٢١- حمزة، مختار (١٩٧٥م) سيكولوجية المرضى وذوى العاهات، الخانجي: القاهرة.
٢٢-خوج ، عبدالله محمد ذاكر (١٩٨٣م) ، علم النفس بين الفلسفة والعلم وفلسفة العلم ، جامعة أم القرى : مكة المكرمة .
٢٣- خياطي، مصطفى (١٩٩١م) الداء السكري لدى الطفل، عالم الطب والصيدلة، مجلد (٩) العدد (٤) وزارة الصحة: الرياض.
٢٤- داود، عزيز حنا وآخرون (١٩٩١م) الشخصية بين السواء والمرض، الانجلو المصرية: القاهرة.
٢٥- الدباغ، هاشم صالح (١٣٩٩هـ) مكافحة داء السكري، المجلة الطبية السعودية العدد (١١)، وزارة الصحة: الرياض.
٢٦- دسوقي، كمال (١٩٧٣م) الطب العقلي والنفسي، الكتاب الاول علم الامراض النفسية، دار النهضة: بيروت.
٢٧- الدنشاري، عز الدين وآخرون (١٩٩٤م) مرض السكر دراسات الحاضر وآفاق المستقبل، دار المريخ: الرياض.
٢٨- راجح، أحمد عزت (بدون) أصول علم النفس، دار القلم: لبنان.
٢٩- رويحه، أمين (١٩٧٣م)، داء السكري، دار القلم: لبنان.
٣٠- الزاهري، محمد (١٩٩٣م) هل السكري صديق المريض، مجلة الشرق الأوسط، العدد (٣٥٧)، ص ٥٤ الشركة السعودية للتوزيع: لندن.
٣١- الزراد، فيصل محمد (١٩٨٤م)، الامراض العصابية والذهانية، دار القلم: لبنان.
٣٢- الزراد، فيصل محمد (١٩٨٨م)، علاج الامراض النفسية الاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين: لبنان.

٣٣- زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٧م)، قاموس علم النفس، تعالم الكتب: القاهرة.

٣٤- سالم، مصطفى (١٤٠٧هـ) اسباب نقص السكر في الدم، المجلة الطبية السعودية، العدد (٥٧) المعهد الصحي، وزارة الصحة: الرياض.

٣٥-سوين ، ريتشا ردم (١٩٨٨م) علم الامراض النفسية والعقلية ، مكتبة الفلاح : الكويت .

٣٦- السيد، فؤاد البهي (١٩٧٩م) علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي: مصر.

٣٧- الشماع، نعيمة (١٩٧٧م) الشخصية، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة الدول العربية.

٣٨- صحة الشرقية (١٤١٢هـ) معلومات ونصائح هامة، عدد خاص بمناسبة يوم الصحة العالمي العاشر، ص ٣٢، وزارة الصحة: صحة الشرقية.

٣٩- عاقل، فاخر (١٩٨٦م)، مدارس علم النفس، دار العلم للملايين، دمشق.

٤٠- عبد الخالق، أحمد (١٩٩٠م) الابعاد الاساسية للشخصية، دار المعرفة: الاسكندرية.

٤١-عبدالواحد ، انور محمود وآخرون (١٩٧٦م) ، موسوعة الثقافة العلمية ، الاهرام التجارية : مصر .

٤٢- عبيدات، ذوقان وآخرون (١٩٩١م) البحث العلمي: مفهومه - أدواته أساليبه، دار الفكر: عمان.

٤٣- عزت، درى حسن (١٩٨٦م)، الطب النفسي، دار الثقافة: الكويت.

٤٤- عيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٠م)، دراسات في الشخصية الاسلامية والعربية، دار النهضة العربية: بيروت.

٤٥- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٠م)، أمراض العصر، دار المعرفة: الاسكندرية.

٤٦- عيدروس، عقيل حسين (١٩٩٣م) مرض السكر بين الصيدلي والطبيب، وزارة الاعلام: مكة.

٤٧-غازي ، عبدالمنصف وآخرون (١٩٨٤م) ، الامراض النفسجمية السيكوسوماتيه ، دار المعارف: الاسكندرية .

٤٨- غنيم، سيد (١٩٧٢م) سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.

٤٩-فرويد ، سيجموند (١٩٧١م) معالم التحليل النفسي ، دار الشروق : بيروت .

٥٠- فرويد، سيجموند وآخرون (١٩٨٢م) السلوك، تقديم وعرض مصطفى غالب، دار الهلال: القاهرة.
٥١- فليبر، ج. ب (١٣٩٩هـ. أ) داء السكري، المجلة الطبية السعودية، العدد (٩)، ص ٨٨ - ٩٨، وزارة الصحة: الرياض.
٥٢- فليبر، ج. ب (١٣٩٩هـ. ب) داء السكري، المجلة الطبية السعودية، العدد (١٠)، ص ٣٦ - ٤٢، وزارة الصحة: الرياض.
٥٣- فليبر، ج. ب (١٣٩٩هـ. ج) مرض السكري، المجلة الطبية السعودية، العدد (١٢)، ص ٧٥ - ٨٤، وزارة الصحة: الرياض.
٥٤- فهمي، مصطفى (١٩٧٥م) علم النفس، مكتبة الخانجي: القاهرة.
٥٥-فوس ، ب.م (١٩٧٢م) آفاق في علم النفس ، عالم الكتب : القاهرة .
٥٦-قدامة ، أحمد (١٩٨٥م) ، قاموس الغذاء والتداوي بالنبات ، دار النفائس : بيروت .
٥٧- كامل، عبد الوهاب (١٩٩١م) علم النفس الفسيولوجي، النهضة المصرية: القاهرة.
٥٨- كوري، جيرالد (١٩٨٥م) الارشاد والعلاج النفسي، الفيصلية: مكة المكرمة.
٥٩- لندزي، ك. ج (١٩٧١م)، نظريات الشخصية، ترجمة: أحمد فرج وآخرون، الهيئة المصرية: القاهرة.
٦٠- الماضي، فهد تركي (١٤١٣هـ)، مرض السكر وكيف نتعايش معه، المجلة الصحية، العدد (١) ص ٢١- ٢٤، الادارة العامة للكليات والمعاهد الصحية، وزارة الصحة: الرياض.
٦١- المجلة الطبية السعودية (١٤٠٣هـ) البول السكري، ترجمة: عبد الرحمن محمد العبيد، العدد (٣٤)، ص ٢٩ - ٣٦، العلاقات العامة، وزارة الصحة: الرياض.
٦٢- مرسي، سيد عبد الحميد (١٩٨٦م)، الارشاد النفسي والتوجيه المرضي، مكتبة الخانجي: القاهرة.
٦٣- المعجم الوجيز (١٩٨٩م)، مجمع اللغة العربية، دار التحرير: مصر.
٦٤- موسى، عبد الله عبد الحي (١٩٨٤م)، المدخل الى علم النفس، مكتبة الخانجي: القاهرة.
٦٥- الموسوعة الطبية (١٩٩١م)، مجموعة من أشهر الاختصاصيين، الشركة الشرقية، ش.م.م.
٦٦- ملحق التطور الصحي بالمملكة الواقع.. والطموح (١٤١٣هـ) مركز السكر وضغط الدم أول مركز متخصص بالمنطقة الغربية، عدد خاص (٩٨)، ص ٤٦ - ٤٧، المدينة للصحافة: جدة.
٦٧-النابلسي ، محمد أحمد (١٩٨٨م) ، فرويد والتحليل النفسي الذاتي ، دار النهضة

العربية : بيروت.

٦٨- نادية خيري حسين الجمل (١٤١١هـ) البدانة مساوئها وكيفية التخلص منها، صحة الباحة، العدد (٢)، ص ٣٠، وزارة الصحة: الرياض.

٦٩- نبيلة عبد الفتاح اسماعيل (١٤٠٤هـ) عندما يسبب الغذاء حدوث المرض، المجلة الطبية السعودية، العدد (٤٣)، ص ٥٧ - ٦٣، العلاقات العامة، وزارة الصحة: الرياض.

٧٠- نجاتي، محمد عثمان (١٩٦٠م)، كراسة تعليمات اختبار الشخصية لبرنرويتر، الانجلو المصرية: القاهرة.

٧١- نجاتي، محمد عثمان (١٩٦٠م) اختبار الشخصية لبرنرويتر، الانجلو المصرية: القاهرة.

٧٢- هاريسون (١٩٧٨م)، مبادئ الطب الباطني، اشراف: فيصل الصباغ، الادارة السياسية، سوريا .

٧٣- الهامي، رؤوف وآخرون (بدون) إرشادات لمريض السكر الصائم، القاهرة.

٧٤- ودورث، روبرت (١٩٨١م) مدارس علم النفس، دار النهضة: بيروت.

٧٥-ياسين ، عطوف محمود (١٩٨٦م) علم النفس العيادي ، دار العلم للملايين : بيروت.

٧٦-ياسين ،عطوف محمود (١٩٨٨م) أسس الطب النفسي الحديث ،بحسون الثقافية: بيروت .

المراجع الأجنبية:

77) Abdullah, M(1989) "Out Patient Managemeant of Childhood Diabetes : Experience of Apediatric Diabetes Clinic" A King Khalid University Hospital, Annals of Saudi Medicine V. 9 (4) pp 365.

78) Ahmed, P.L & Ahmed, N, (1985), Coping With Juvnile Diabetes, United States of America.

79) Anderson, R.M. etal (1990) , "Measuring the Attitudes of Patients Towards Diabetes and its Treatment", Patient Educ-Couns V 13 (3) pp 231-245

80) El-Hazmi, M. (1989) "A comparative Study of Hyperglycemia in Different Regions of Saudi Arabia", Annals Saudi Medicine V. 9(5) pp435.

81) Erkolati, R(1991) "Transitional Object and Children with Chronic

Disease", Psychother Psychosom, V. 56 pp 94 - 97.

82) Ellenberg, M. etal (1983) "Diabetes Mellitus", United States of America.

83) Kallai, K. etal (1988), "Role of Emotional Factors in Diabetes", Acta-Diabetol- Lat. 27 (1) pp 23 - 29 .

84) Kumar, J. etal (992) Clinical Medicine A text Book for Medical students and Doctors, British.

85) Nagasawa, M. etal (1990), "Meta- Analysis of Correlates of Diabetes Patients, Compliance with Prescribed Medications", Diabetes - Educ. 16(3) pp 192 - 200 .

86) Nyhlin, K, T. (1990) "A contribution of Qualitative Research to a letter Understanding of Diabetic Patients", Journal of Advanced Nursing, V. 15 pp 796 - 803.

87) Petty, R. etal (1991), "Diabetologists, Assesments of their Outpatients, Emotional state and Health Beleifs : Accuracy and Possible Sources of Bial", Psychother Psychosom, pp 164-169 .

88) Peyrot, M, F., Mcmurry, J,f (1002), "Stress Buffering and Glycemic" Control Diabetes Care, 15, (7) pp 842 - 840 .

89) Pieper, 1 , et al (1990) "The Relationship Between a Couple's Marital Adjustment and Beliefs about Diabetes Mellitus":, the Diabetes Educator , V. 16 (2) pp 108-112.

90) Rapley, P. (1991), "Adapting to Diabetes : Metabolic Control and Psychosocial Variables", the Australia Journal of Advanced Nursing. 8, (2) pp 41-47 .

91) Ross, M. (1991), "Hardiness and Compliance in Elderly Patients with Diabetes, "Diabetes - Educ. 17 (5) pp 372- 374 .

92) Schwartz, S. (1988) "Aliopsychosocial Approach to the Management of the Diabetic Patient", Primary care V. 15 (2) pp 409 - 420.

93) Schroeder, A. etal (1995), Current Medical Diagnosis treatment United States of America.

94) The Bulletin of the Arab Group for Study of Diabetes (1992) the Officiall Journal of the Group, Saudi Arabia, V. 1.

95) Weiss, P. etal (1988) Gestational Diabetes, United States of America.

96) Willimas, G.etal (1988) "Psychological Factors and Metabolic Control : Time for Rappraisal" ? Diabetic Medicine, V. 5 pp 211-215.

97) Williams & Wilkins (1984), Pregnancy Diabetes and Birth, United States of America. pp 216-218 .

98) Wyngaarden, J.etal (1988) Cecil Text Book of Medicine, United States of America.

الملاحق

الملحق الأول

اختبار الشخصية

وضع

روبرت. ج. برنرويتر

أعده باللغة العربية

الدكتور محمد عثمان نجاتي

أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة وجامعة الكويت

التاريخ : / / ١٩٧

ذكر ______

الاسم : ______________ السن ______________

أنثى ______

العنوان : ______________________________

اسم المدرسة السنة الدراسية

أو الهيئة التي تعمل بها : ______________ أو المهنة : ______________

لاتكتب على الجزء الباقي من الصفحة

انتقل إلى الصفحة التالية

	١ — ع	٢ — اك	٣ — ان	٤ — س	٥ — ث	٦ — اج
مجموع الدرجات الموجبة						
مجموع الدرجات السالبة						
الفرق						
المئين	٪	٪	٪	٪	٪	٪

على أساس معايير : تلاميذ المدارس الثانوية — تلميذات المدارس الثانوية

طلاب الجامعات — طالبات الجامعات

الرجال — النساء

الناشر
مكتبة الأنجلو المصرية
١٦٥ شارع محمد فريد القاهرة

تحاول الأسئلة في هذه الاستمارة ان تبين ميولك واتجاهاتك . فهي ليست اختبار ذكاء ، ولا توجد لهذه الأسئلة اجابات صحيحة أو خاطئة .

ستجد امام كل سؤال : « نعم لا ؟ » . فاذا كانت اجابتك « نعم » فارسم دائرة حول « نعم » . واذا كانت اجابتك « لا » فارسم دائرة حول « لا » . واذا كنت لا تستطيع على الاطلاق ان تجيب على السؤال « بنعم » أو « بلا » فارسم دائرة حول علامة الاستفهام .

١ –	نعم	لا	؟	هل تشعر أنك غير مستريح اذا كنت مختلفا عن الناس أو اذا لم تتمسك بالتقاليد ؟
٢ –	نعم	لا	؟	هل تكثر من أحلام اليقظة ؟
٣ –	نعم	لا	؟	هل تتصرف عادة في المسائل والمشكلات التي تواجهك دون استشارة أحد ؟
٤ –	نعم	لا	؟	هل قمت أحيانا بعبور الطريق لتتجنب مقابلة أحد ؟
٥ –	نعم	لا	؟	هل تستطيع أن تصمد للنقد دون أن تشعر أنك جرحت ؟
٦ –	نعم	لا	؟	هل تجود أحيانا على المتسولين ببعض المال ؟
٧ –	نعم	لا	؟	هل تفضل الاختلاط بالأشخاص الذين يكونون أصغر منك سنا ؟
٨ –	نعم	لا	؟	هل تشعر في معظم الأحيان أنك تعس ؟
٩ –	نعم	لا	؟	هل تكره أن تسأل عن الطريق في الأماكن الغريبة ؟
١٠ –	نعم	لا	؟	هل تضعف همتك بسهولة اذا اختلفت آراء الغير عن آرائك ؟
١١ –	نعم	لا	؟	هل تحاول أن تصل الى غرضك حتى ولو أدى الأمر الى أن تناضل في سبيل ذلك ؟
١٢ –	نعم	لا	؟	هل تشعر بالخجل في كثير من الأحيان ؟
١٣ –	نعم	لا	؟	هل تميل الى الالعاب الرياضية أكثر مما تميل الى الموضوعات العقلية ؟
١٤ –	نعم	لا	؟	هل تعتبر نفسك شخصا عصبيا ؟
١٥ –	نعم	لا	؟	اذا كنت واقفا في صف من الناس وحاول أحد أن يدخل في الصف أمامك ، فهل تعترض عادة على ذلك ؟
١٦ –	نعم	لا	؟	هل حاولت مرة أن تجادل أحد الحراس أو البوابين أو تخدعه لتدخل مكانا ما ؟
١٧ –	نعم	لا	؟	هل تتأثر كثيرا بمديح الناس أو بنقدهم ؟
١٨ –	نعم	لا	؟	هل أنت سريع الغضب بخصوص عدة موضوعات معينة ؟
١٩ –	نعم	لا	؟	هل كثيرا ما تجادل البائعين حول الأسعار ؟
٢٠ –	نعم	لا	؟	هل تكون كثير الحساسية بنفسك اذا وجدت مع أشخاص يتفوقون عليك في التعليم أو العمل ؟
٢١ –	نعم	لا	؟	هل كثيرا ما تشغلك الأفكار الى درجة لا تستطيع معها النوم ؟
٢٢ –	نعم	لا	؟	هل أنت بطيء في البت في الأمور ؟
٢٣ –	نعم	لا	؟	هل تعتقد أنه من الممكن أن تستغرق في الأعمال الابتكارية أو الانشائية بحيث لا تلاحظ أنك تفتقر الى الأصدقاء المقربين ؟
٢٤ –	نعم	لا	؟	هل يضايقك الشعور بالخجل ؟
٢٥ –	نعم	لا	؟	هل تميل الى دراسة دوافع الآخرين بعناية ؟
٢٦ –	نعم	لا	؟	هل كثيرا ما تشعر أنك غاضب وترغب في الشكوى الى أحد ؟
٢٧ –	نعم	لا	؟	هل تتغير ميولك بسرعة ؟
٢٨ –	نعم	لا	؟	هل أنت كثير الكلام في المجتمعات ؟
٢٩ –	نعم	لا	؟	هل تناقش أحيانا المحاضرين أو الخطباء وتوجه اليهم أسئلة ؟
٣٠ –	نعم	لا	؟	هل يضايقك كثيرا جدا أن تقوم بارجاع بعض الأشياء التي اشتريتها الى المحلات التجارية ؟
٣١ –	نعم	لا	؟	هل تنظر الى الأشياء بنظرة المرح أو الفكاهة حينما تكون في جماعة أكثر مما تفعل حينما تكون منفردا ؟
٣٢ –	نعم	لا	؟	هل تفضل السفر مع شخص ما يقوم باتخاذ جميع الترتيبات الضرورية عن أن تغامر بالسفر بمفردك ؟
٣٣ –	نعم	لا	؟	هل تفضل العمل لنفسك عن العمل لشخصية كبيرة تحترمها ؟
٣٤ –	نعم	لا	؟	هل تستطيع عادة أن تعبر عن نفسك بالكلام أحسن مما تستطيع التعبير عنها بالكتابة ؟
٣٥ –	نعم	لا	؟	هل تكره أي عمل قد يدفعك الى العزلة لبضع سنوات كالعمل في مكان منعزل كالصحراء أو الواحات مثلا ؟
٣٦ –	نعم	لا	؟	هل قمت أحيانا بطلب تبرعات مالية لتنفيذ مشروع تهتم به ؟
٣٧ –	نعم	لا	؟	هل تميل عادة الى تجنب الأشخاص الذين يميلون الى الرياسة والسيطرة على الغير ؟
٣٨ –	نعم	لا	؟	هل تجد المناقشة أكثر فائدة من القراءة في توضيح الأفكار في ذهنك ؟

٣٩ – نعم لا ؟ هل تستمر فى القلق والضيق مدة طويلة اذا تعرضت لمواقف تجعلك تشعر بالاذلال أو الاهانة ؟

٤٠ – نعم لا ؟ هل قمت أحيانا من تلقاء نفسك بتكوين أى ناد أو فريق أو جماعة ؟

٤١ – نعم لا ؟ اذا شاهدت حادثة ما فهل تسرع فى تقديم المساعدة ؟

٤٢ – نعم لا ؟ هل تشعر بخوف فى مواجهة الجماهير ؟

٤٣ – نعم لا ؟ هل تحب أن تتحمل المسئوليات وحدك ؟

٤٤ – نعم لا ؟ هل الكتب أكثر تسلية لك من الرفاق ؟

٤٥ – نعم لا ؟ هل شعرت أحيانا بدوخة ؟

٤٦ – نعم لا ؟ هل تشعر بالاهانة اذا سخر منك أحد حتى ولو كنت تعلم أنك على حق ؟

٤٧ – نعم لا ؟ هل تحتاج الى أن يكون معك أحد حينما تتلقى أنباء سيئة ؟

٤٨ – نعم لا ؟ هل تشعر بالضيق اذا راقبك الناس أثناء عملك حتى ولو كنت تؤديه جيدا ؟

٤٩ – نعم لا ؟ هل كثيرا ما تشعر أنك وحيد ؟

٥٠ – نعم لا ؟ هل تحاول عادة أن تتجنب المناقشات ؟

٥١ – نعم لا ؟ هل يجرح شعورك بسهولة ؟

٥٢ – نعم لا ؟ هل تفضل عادة أن تضع خططك بنفسك عن أن تشرك غيرك معك فى وضعها ؟

٥٣ – نعم لا ؟ هل ترى أن الافضاء بأنبائك الشخصية السارة الى الغير هو مصدر الجزء الأكبر ما تسببه لك من سرور ؟

٥٤ – نعم لا ؟ هل كثيرا ما تشعر أنك وحيد حينما تكون مع أشخاص آخرين ؟

٥٥ – نعم لا ؟ هل أنت مقتصد وحريص على عدم الاقتراض من الغير ؟

٥٦ – نعم لا ؟ هل أنت حريص على عدم قول أشياء تجرح مشاعر الآخرين ؟

٥٧ – نعم لا ؟ هل أنت سريع البكاء ؟

٥٨ – نعم لا ؟ هل تشكو الى خادم المطعم اذا قدم لك طعاما رديئا أو غير معد بطريقة حسنة ؟

٥٩ – نعم لا ؟ هل تجد صعوبة فى الكلام أمام الجماهير ؟

٦٠ – نعم لا ؟ هل تعيد كتابة خطاباتك قبل ارسالها ؟

٦١ – نعم لا ؟ هل تشعر بالسرور عادة اذا امضيت مساء ما وحيدا ؟

٦٢ – نعم لا ؟ هل تكتسب أصدقاء جددا بسهولة ؟

٦٣ – نعم لا ؟ اذا تناولت طعامك فى أحد المطاعم فهل تفضل أن يقوم شخص آخر بطلب الطعام لك ؟

٦٤ – نعم لا ؟ هل تشعر عادة بكثير من التردد قبل أن تقدم على استعارة شىء ما من شخص تعرفه ؟

٦٥ – نعم لا ؟ هل ترتبك كثيرا اذا حييت شخصا غريبا كنت تظنه شخصا تعرفه ؟

٦٦ – نعم لا ؟ هل تجد صعوبة فى التخلص من أحد الباعة ؟

٦٧ – نعم لا ؟ هل يقصدك الناس أحيانا ليستشيروك فى أمر ما ؟

٦٨ – نعم لا ؟ هل أنت فى العادة لا تهتم بمشاعر الآخرين اذا كنت تحقق هدفا هاما لك ؟

٦٩ – نعم لا ؟ هل كثيرا ما تجد أنك لا تستطيع أن تبت فى الأمر الا بعد فوات الفرصة ؟

٧٠ – نعم لا ؟ هل تحب على وجه خاص أن تكون موضع اهتمام زملائك حينما تكون مريضا ؟

٧١ – نعم لا ؟ هل تشعر فى كثير من الأحيان بحالات وجدانية سواء كانت سارة أو مكدرة ؟

٧٢ – نعم لا ؟ هل يضايقك الشعور بالنقص ؟

٧٣ – نعم لا ؟ هل تضايقك بعض الأفكار التافهة التى يتكرر ورودها على ذهنك من وقت الى آخر ؟

٧٤ – نعم لا ؟ هل تقوم أحيانا بتوبيخ أحد العمال اذا لم ينجز عملك فى الميعاد المتفق عليه ؟

٧٥ – نعم لا ؟ هل تستطيع أن تبذل أقصى جهدك فى مباراة أو منافسة ما أمام خصم متفوق عليك كثيرا ؟

٧٦ – نعم لا ؟ هل ظهرت كثيرا أمام جماعات من الناس كمحاضر أو كمضيف ؟

٧٧ – نعم لا ؟ هل ينجح الناس أحيانا فى استغلالك ؟

٧٨ – نعم لا ؟ هل تحاول أن تبحث عن أحد ليسليك حينما تكون مكتئبا ؟

٧٩ – نعم لا ؟ هل تستطيع فى العادة أن تفهم أية مشكلة بدراستها وحدك أكثر مما تفهمها بمناقشتها مع آخرين ؟

٨٠ – نعم لا ؟ هل أنت قليل الثقة بنفسك ؟

٨١ – نعم لا ؟ هل يسرك اعجاب الغير بك أكثر مما يسرك التحصيل وانجاز الأعمال ؟

٨٢ – نعم لا ؟ هل أنت مستعد لان تخاطر بمفردك فى مشروع لست واثقا من نتيجته ؟

٨٣ – نعم لا ؟ هل تحتاج من وقت الى آخر الى تقوية طموحك عن طريق الاتصال بأشخاص ناجحين ؟

٨٤ — نعم لا ؟ هل تتجنب عادةً طلب النصيحة ؟

٨٥ — نعم لا ؟ هل تعتبر أن مراعاة التقاليد والآداب الاجتماعية أمر ضروري في الحياة ؟

٨٦ — نعم لا ؟ اذا كنت ستقضى مساء ما فى صحبـــة آخرين فهل تدع عادة شخصا آخر يقرر نوع التسلية التى ستقضون فيها مساءكم ؟

٨٧ — نعم لا ؟ هل تتولى أحيانا مسئولية تقديم اشخاص فى بعض الحفلات ؟

٨٨ — نعم لا ؟ اذا حضرت متأخرا الى اجتماع ما فهــل تفضل الوقوف عن الجلوس فى مقعد أمامى ؟

٨٩ — نعم لا ؟ هل تميل الى استطلاع آراء الغير قبل أن تتخذ قرارا هاما ؟

٩٠ — نعم لا ؟ هل تحاول أن تعامل الشخص الذى يميل الى السيطرة بنفس المعاملة التى يعاملك بها ؟

٩١ — نعم لا ؟ هل كثيرا ما يشرد ذهنك الى درجـــة يصعب معها أن تتابع العمل الذى كنت تقوم به ؟

٩٢ — نعم لا ؟ هل تجادل أحيانا فى أمر ما مع شخص مسن تحترمه ؟

٩٣ — نعم لا ؟ هل تجد صعوبة فى البت فى أمورك بنفسك ؟

٩٤ — نعم لا ؟ هل تحاول أحيانا أن تبعث شيئا من المرح فى حفل ممل ؟

٩٥ — نعم لا ؟ اذا أثار شخص عنك شائعـــات غير صحيحة فهل تحاول أن توقف هذا الشخص عند حده ؟

٩٦ — نعم لا ؟ اذا كنت فى حفلة استقبال أو حفلة شاى فهل تشعر بالتردد فى مقابلة أهم الشخصيات الموجودة بالحفلة ؟

٩٧ — نعم لا ؟ هل تعتقد أن الناس يثيرون اهتمامك أكثر من أى شىء آخر ؟

٩٨ — نعم لا ؟ هل تفضل أن تقضى فترة ما فى اللعب عن أن تقضيها فى اجتماع ؟

٩٩ — نعم لا ؟ هل تميل الى التطرف فى اعتقـــاداتك السياسية والدينية والاجتماعية ؟

١٠٠ — نعم لا ؟ هل تفضل أن تكون وحيدا فى الأوقات التى تكون فيها منفعلا ؟

١٠١ — نعم لا ؟ هل تفضل عادة أن تعمل مع آخرين ؟

١٠٢ — نعم لا ؟ هل تؤدى عملك عادة على وجه أحسن اذا أثنى عليك أحد ؟

١٠٣ — نعم لا ؟ هل تجد صعوبة فى بدء المناقشـــة مع شخص غريب ؟

١٠٤ — نعم لا ؟ هل تتقلب مشاعرك بين السعادة والحزن بدون سبب ظاهر ؟

١٠٥ — نعم لا ؟ هل أنت منظم فى العنـــاية بممتلكاتك الخاصة ؟

١٠٦ — نعم لا ؟ هل تقلق بسبب احتمـــال وقوع بعض الكوارث ؟

١٠٧ — نعم لا ؟ هل تفضل فى العادة أن تحتفظ بمشاعرك لنفسك ؟

١٠٨ — نعم لا ؟ هل تستطيع أن تثابر على عمل شاق لمدة طويلة دون أن يحثك أحد أو يشجعك ؟

١٠٩ — نعم لا ؟ هل تفهم من قراءة أى كتاب نفس القدر لذى تفهمه من مناقشة هذا الكتاب فيما بعد مع شخص آخر ؟

١١٠ — نعم لا ؟ هل تواجه عادة مشاكلك وحدك دون أن تطلب مساعدة أحد ؟

١١١ — نعم لا ؟ هل كنت قائدا أو رئيسا لجماعة أو فريق ما فى خلال السنوات الخمس الأخيرة ؟

١١٢ — نعم لا ؟ هل تفضل القيام بالقرارات السريعـــة بمفردك ؟

١١٣ — نعم لا ؟ اذا كنت تقوم مع مجموعة من الأشـــخاص برحلة سيرا على الأقدام فى مكان لا يعرفه أحد منكم فهـــل تترك شخصا آخر يتحمل مسئولية ارشـــاد المجموعة ؟

١١٤ — نعم لا ؟ هل تضايقك فكرة أن الناس فى الطريق يلاحظونك ؟

١١٥ — نعم لا ؟ هل كثيرا ما تشعر أنك ثائر الأعصاب ؟

١١٦ — نعم لا ؟ هل أنت كثير النقد للآخرين ؟

١١٧ — نعم لا ؟ هل تحاول عادة أن تكثر من المسئوليات التى تتحملها ؟

١١٨ — نعم لا ؟ هل تميل الى البقـــاء فى المؤخرة أو على الهامش فى الحفلات الاجتماعية ؟

١١٩ — نعم لا ؟ هل تكره كثيرا أن يقـــول لك أحد كيف ينبغى أن تتصرف فى الأمور ؟

١٢٠ — نعم لا ؟ هل تعتقد أن الزواج أمر رئيسى لسعادتك فى الحاضر أو فى المستقبل ؟

١٢١ — نعم لا ؟ هل تحب أن تكون مع الناس فى أوقات كثيرة ؟

١٢٢ — نعم لا ؟ هل تستطيع أن تكون متفائلا حينما يكون الناس من حولك كثيرى الشكوى ؟

١٢٣ — نعم لا ؟ هل النظام يضايقك ؟

١٢٤ — نعم لا ؟ هل أنت عادة لا تهتم بالجنس الآخر ؟

١٢٥ — نعم لا ؟ هل تكون كثير الحساسية بنفســك اذا اضطررت الى اقتراح فكرة لتبدأ بها المناقشـــة بين مجموعة من الناس ؟

الملحق الثاني

بسم الله الرحمن الرحيم

كلية التربية
مركز البحوث النفسية والتربوية

اختبار المصفوفات المتتابعة

«مجموعات أ، ب، جـ، د، هـ»

تأليف
جون رافن

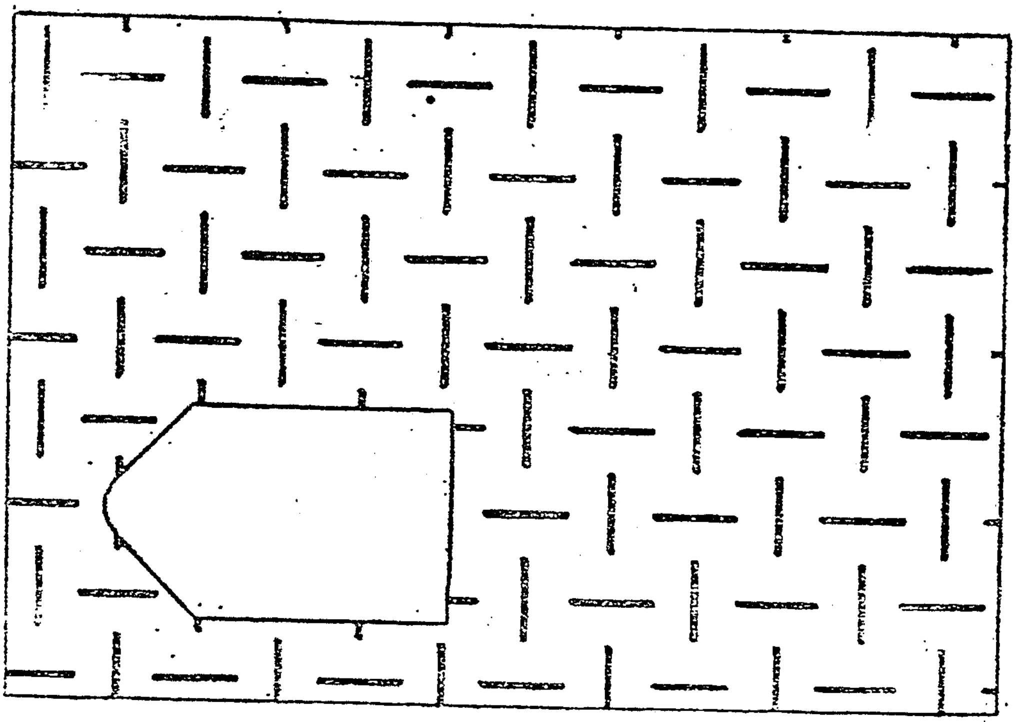
إعداد

الدكتور مصطفى فهمي — الدكتور فؤاد أبو حطب
الدكتور حامد زهران — الدكتور علي خضر
يوسف محمود

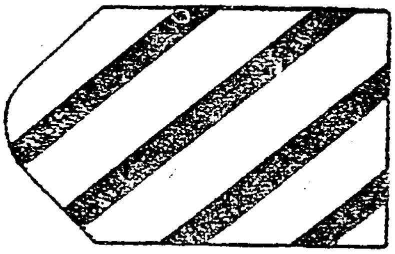
مكة المكرمة ١٣٩٦هـ/ ١٩٧٦م)

مجموعة أ

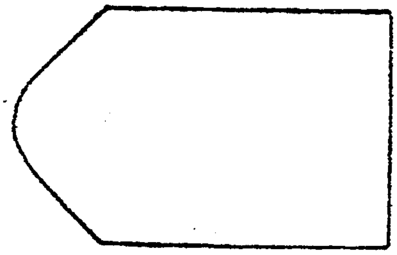
أ ١



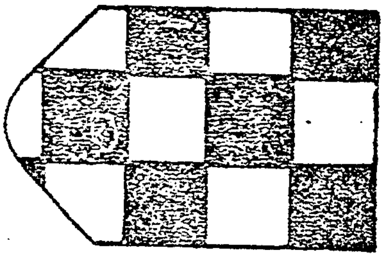
١



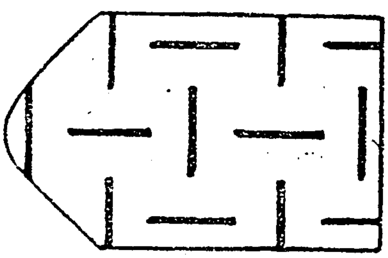
٢



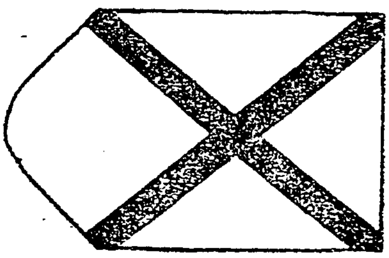
٣



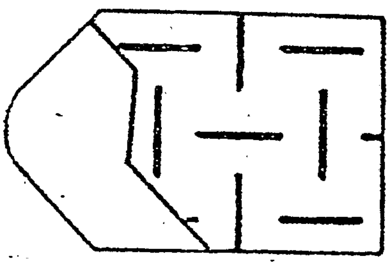
٤



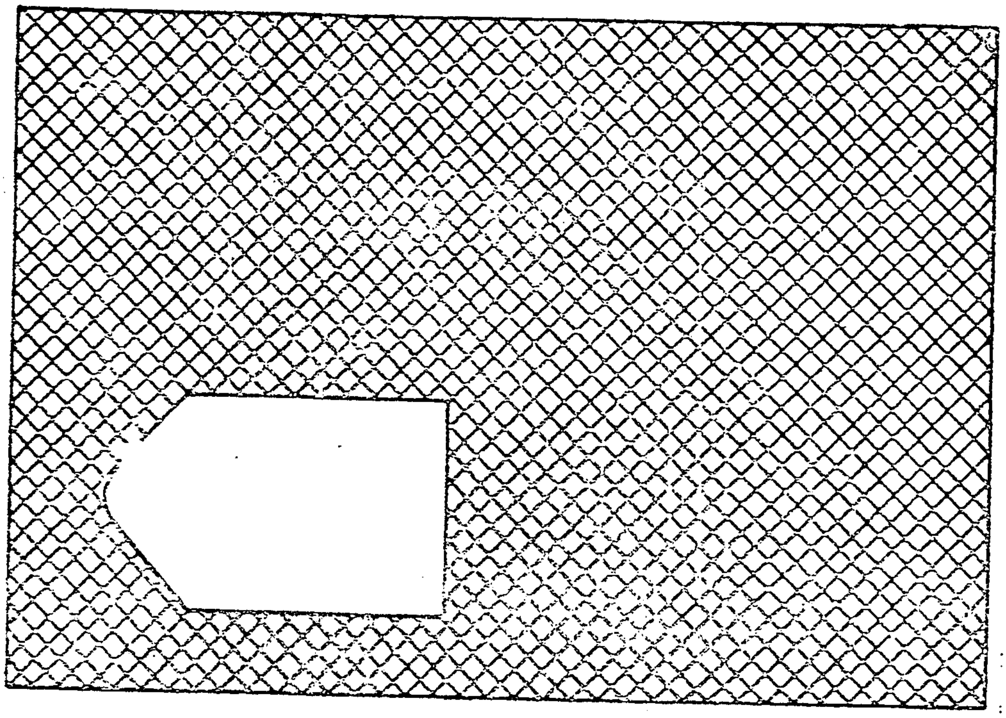
٥



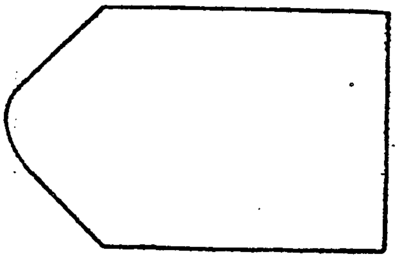
٦



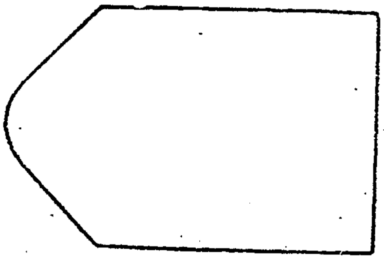
م٢



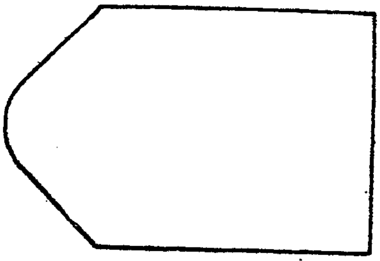
١



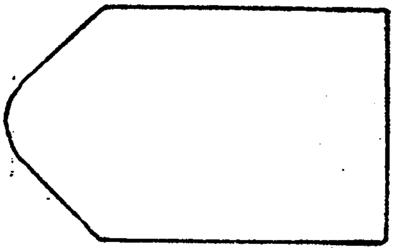
٢



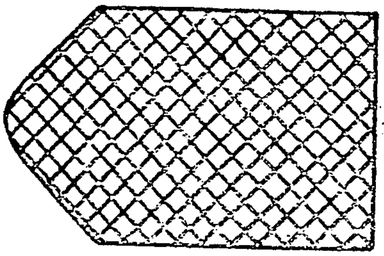
٣



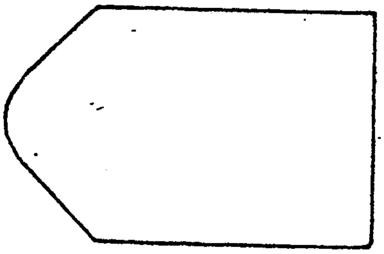
٤



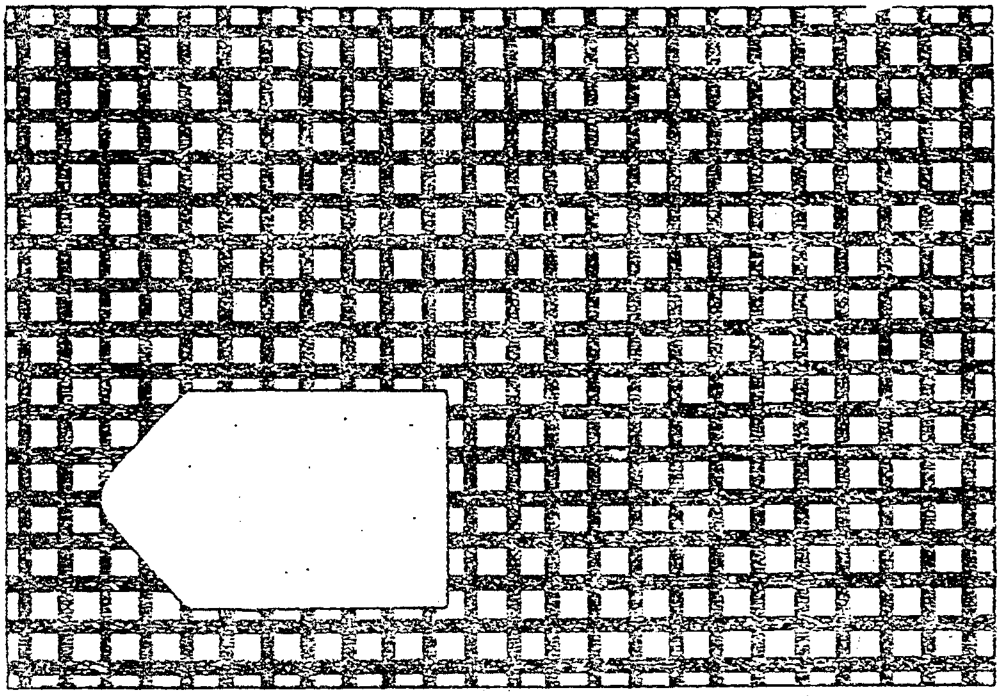
٥



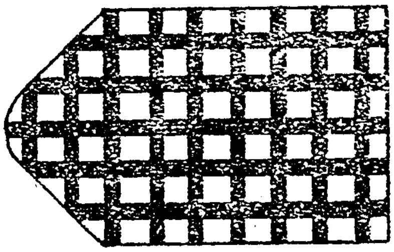
٦



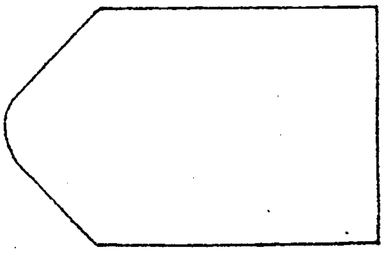
أ٣



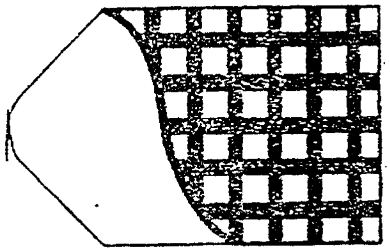
١



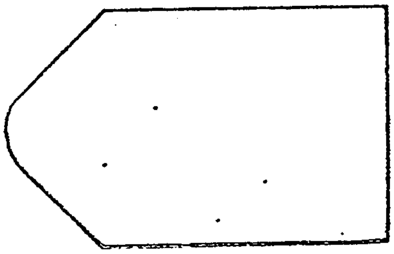
٢



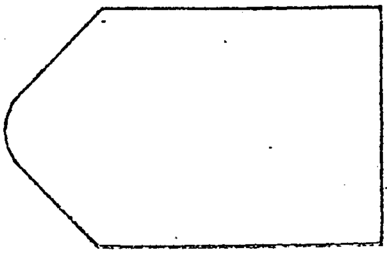
٣



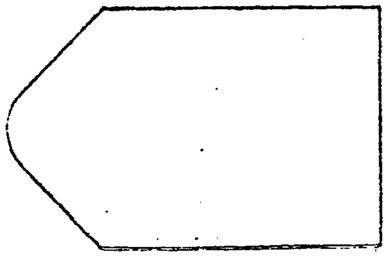
٤



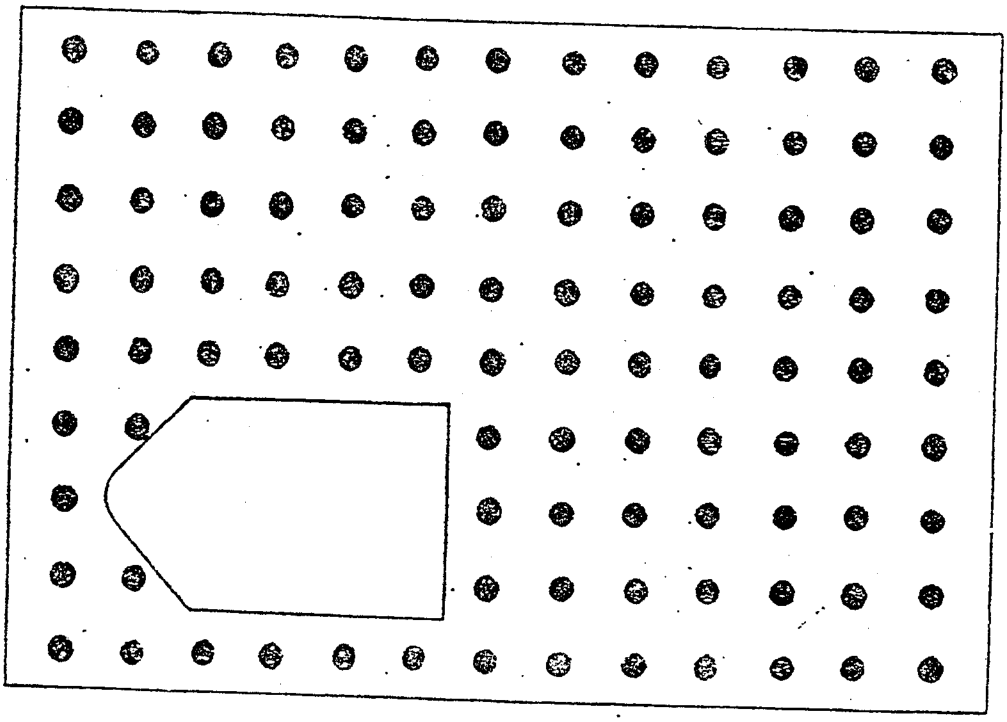
٥



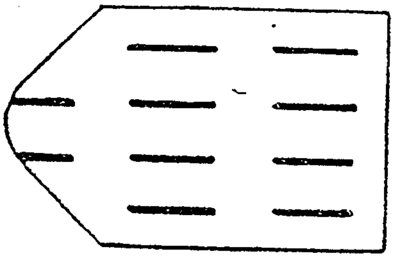
٦



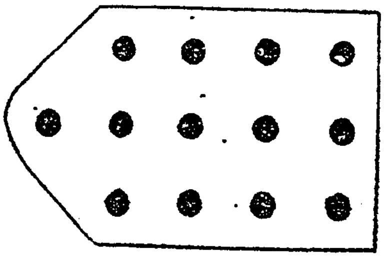
أ٤



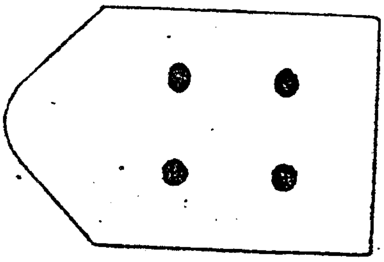
١



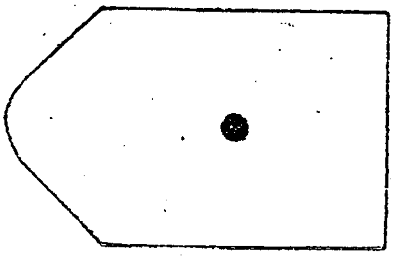
٢



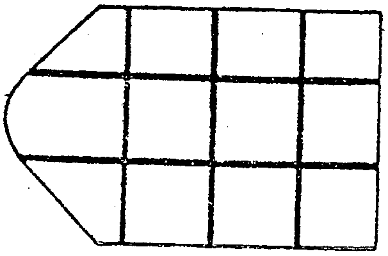
٣



٤

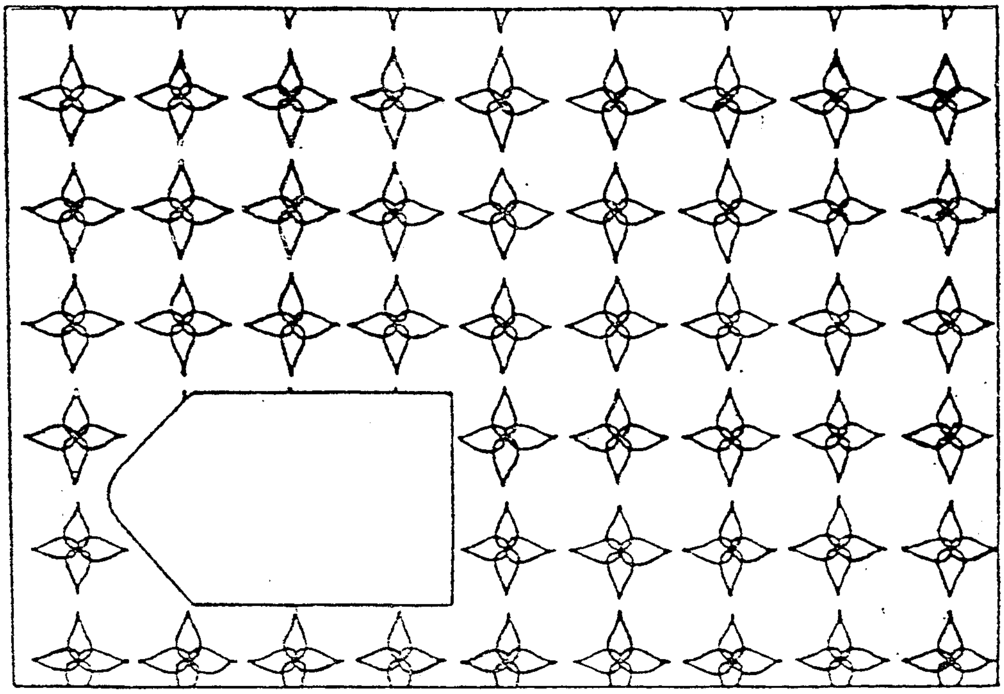


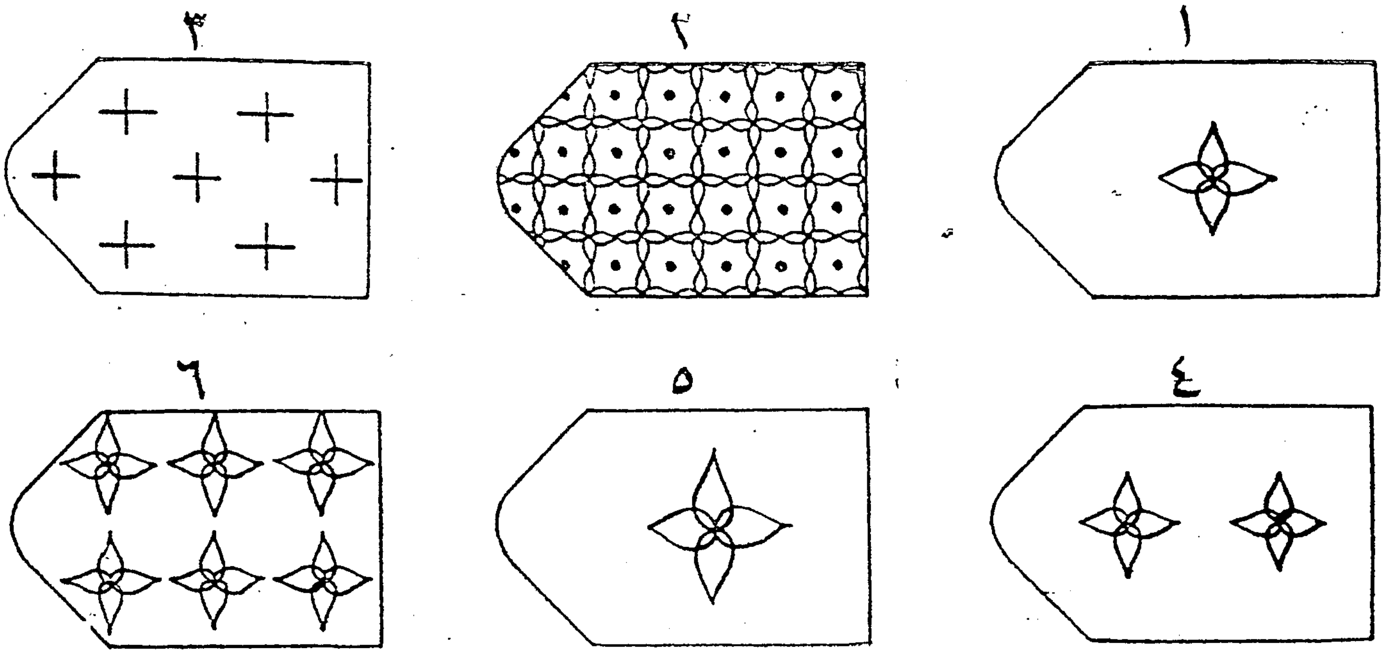
٥



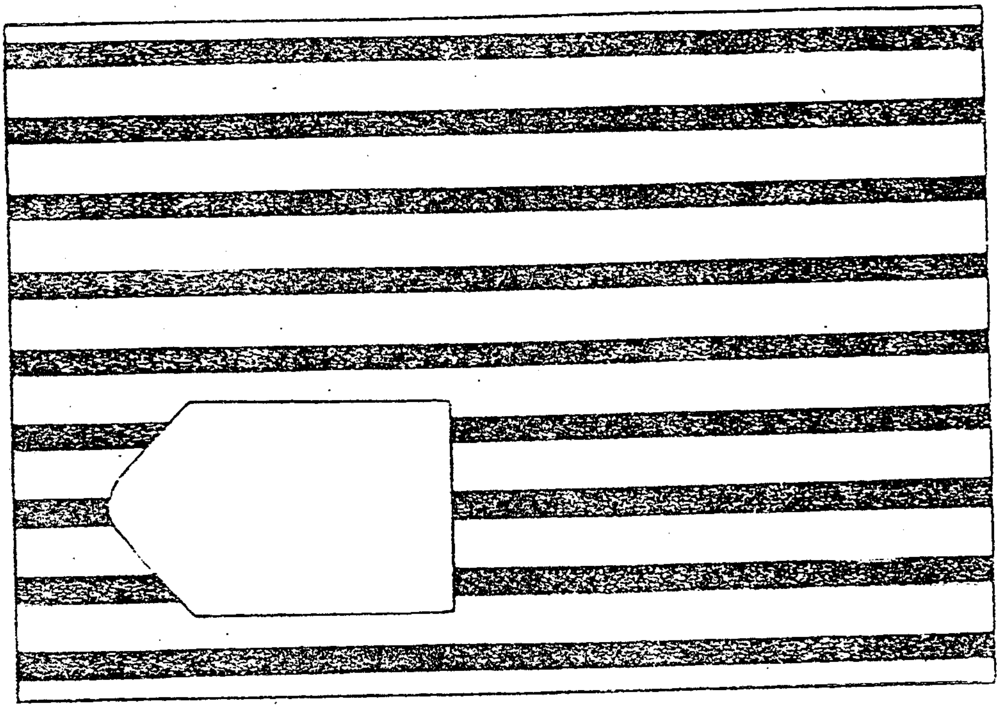
٦

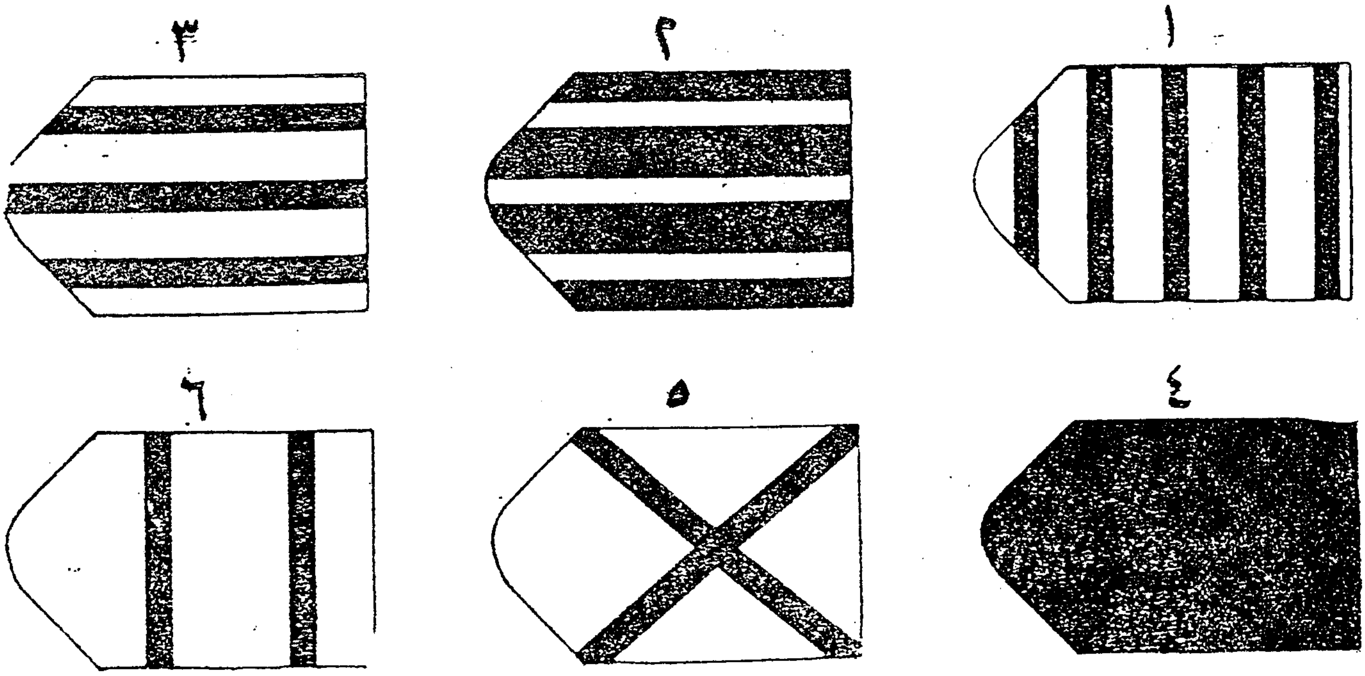
أ ٥



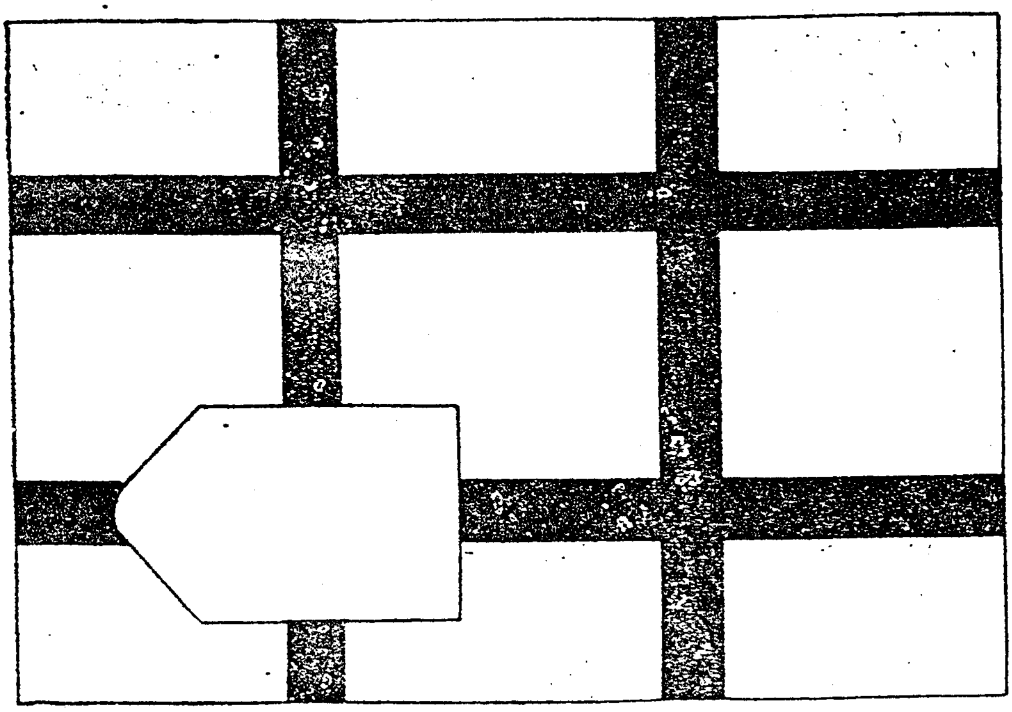


أ٦

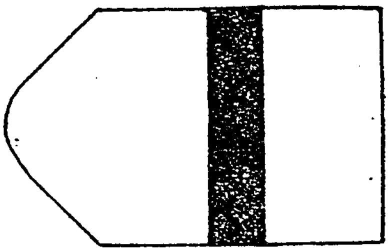




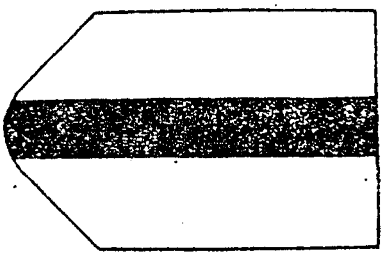
أ٧



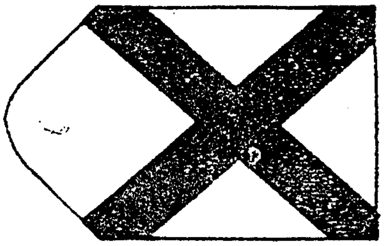
١



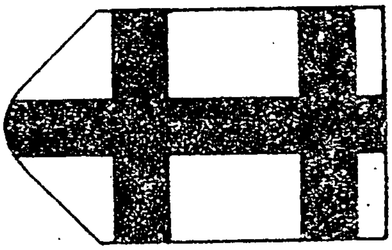
٢



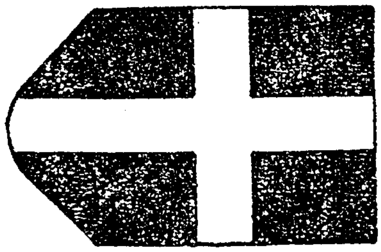
٣



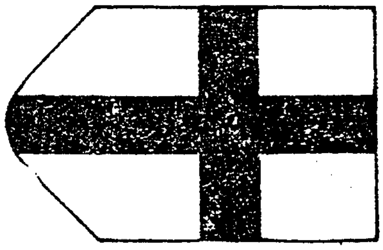
٤



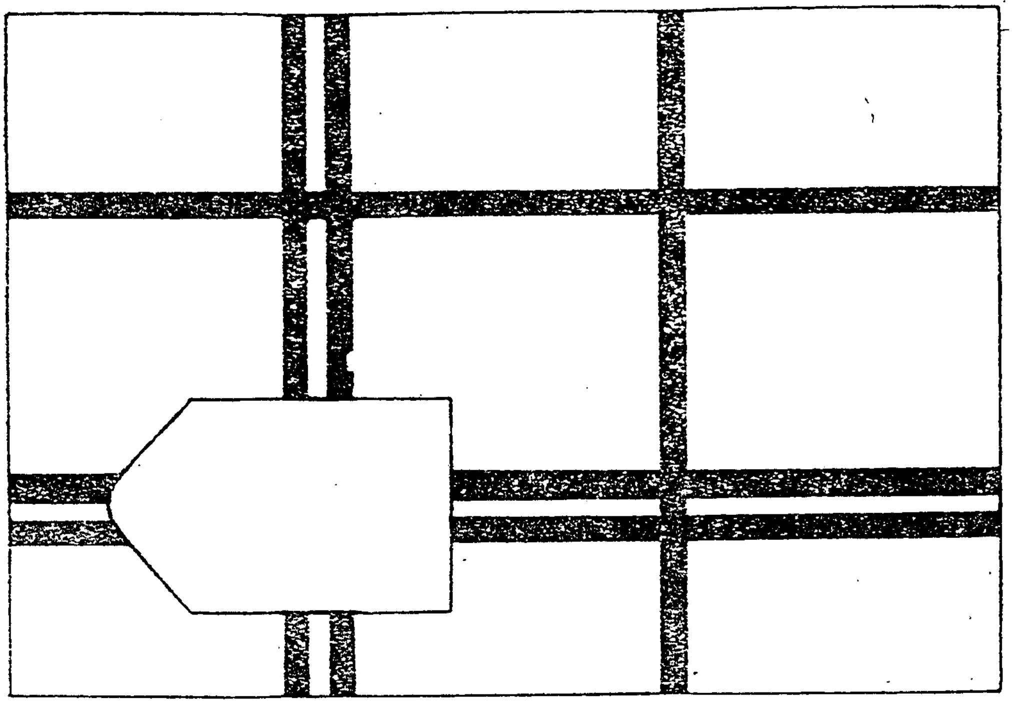
٥



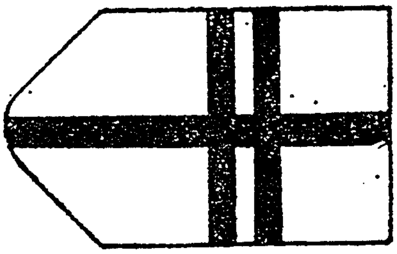
٦



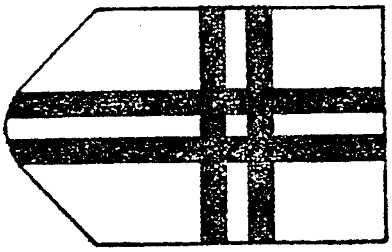
٨أ



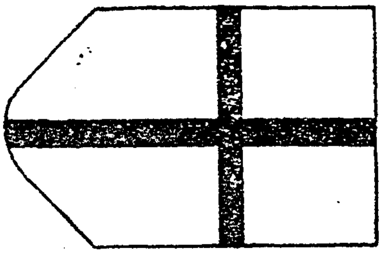
١



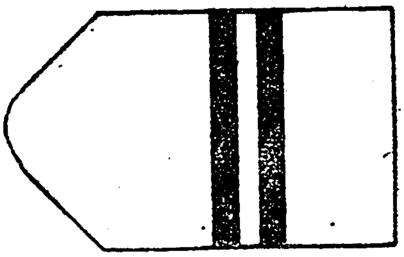
٢



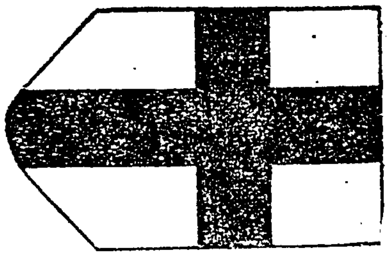
٣



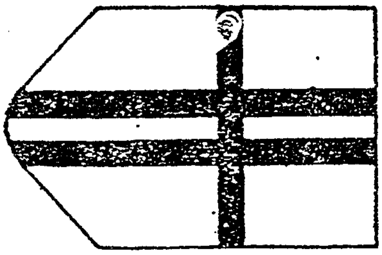
٤



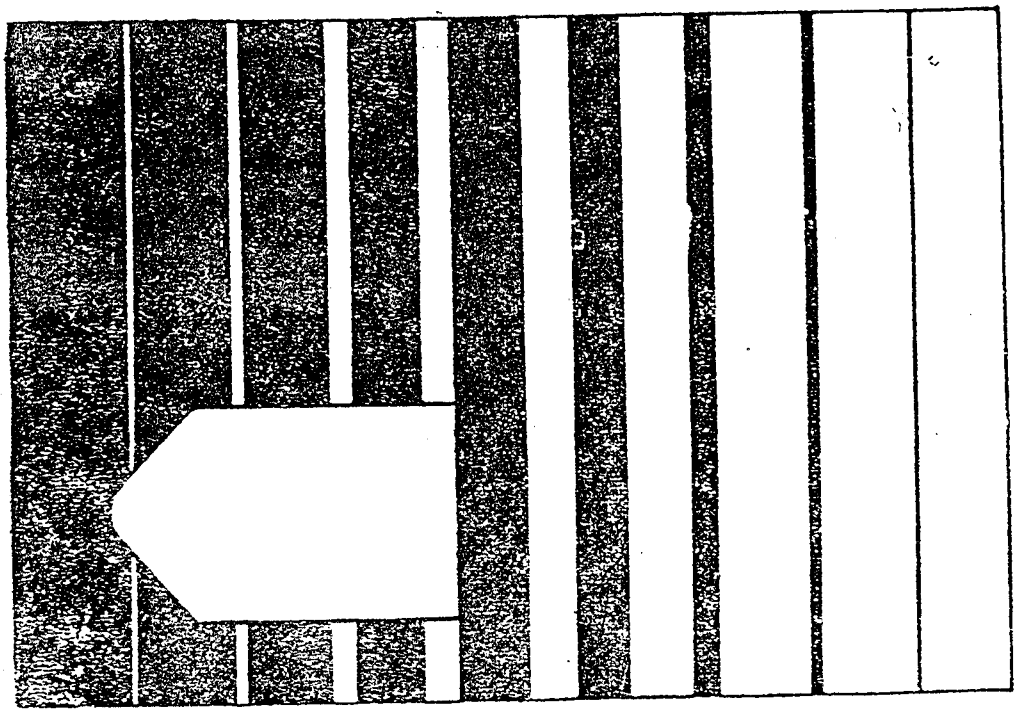
٥



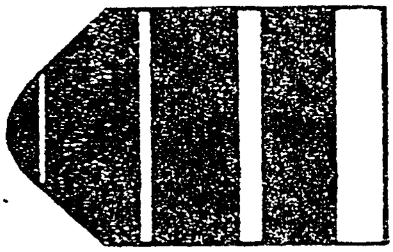
٦



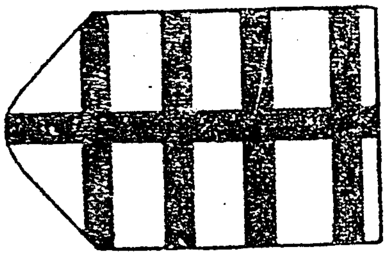
أ٩



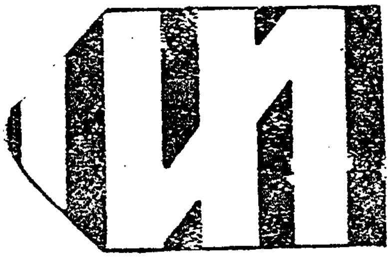
١



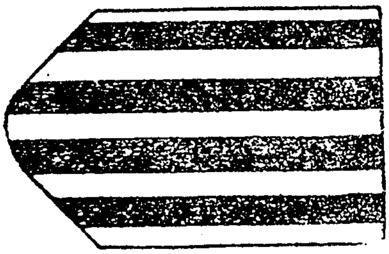
٢



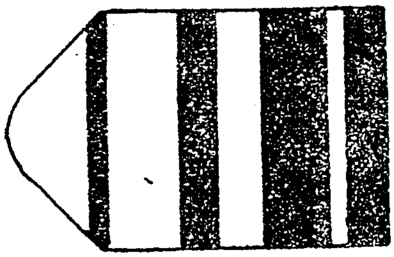
٣



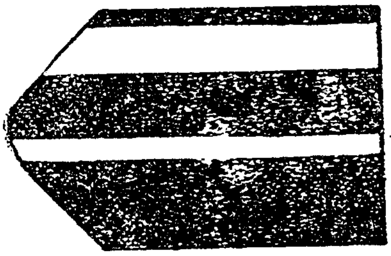
٤



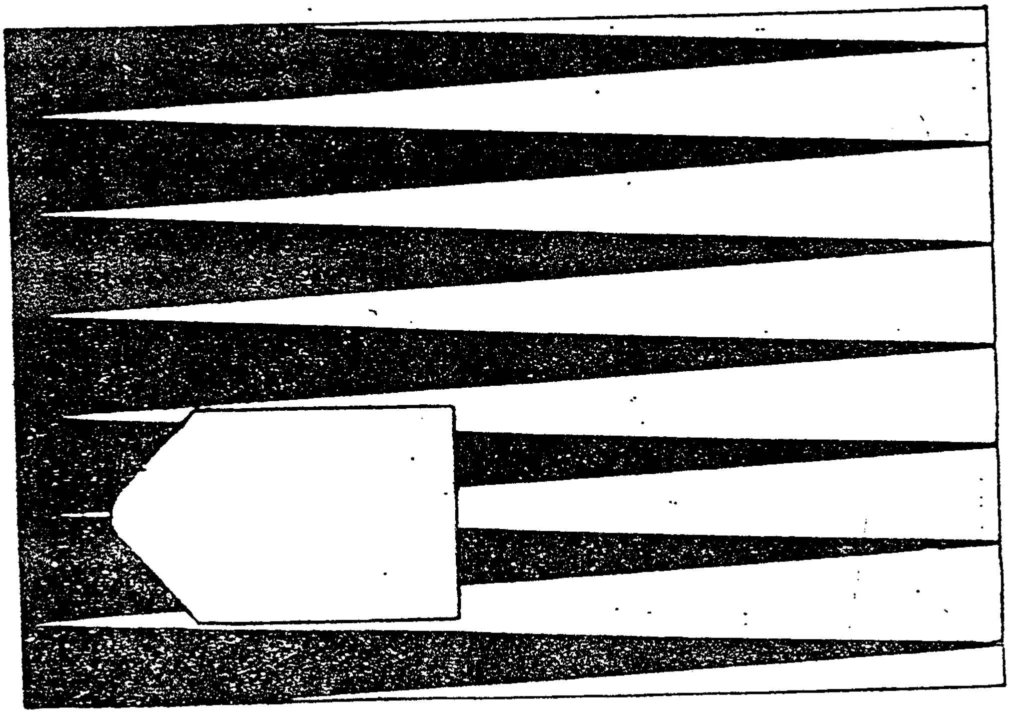
٥



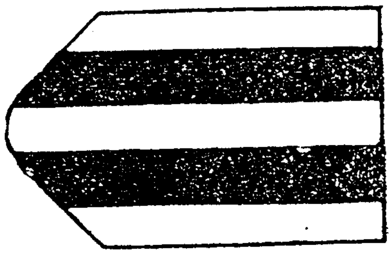
٦



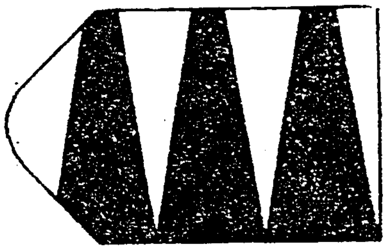
١٠أ



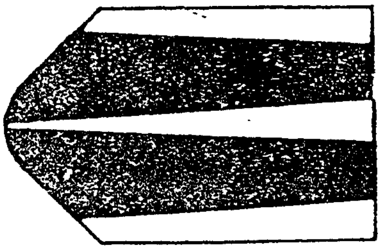
١



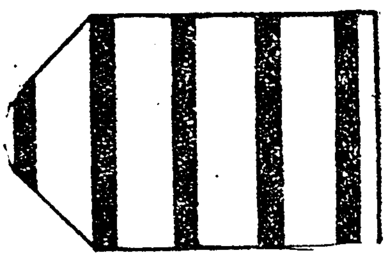
٢



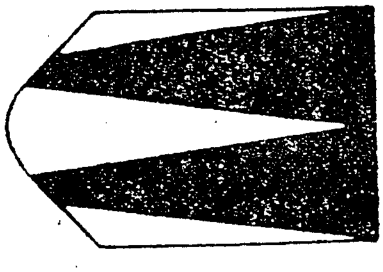
٣



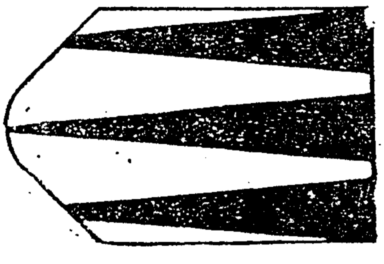
٤



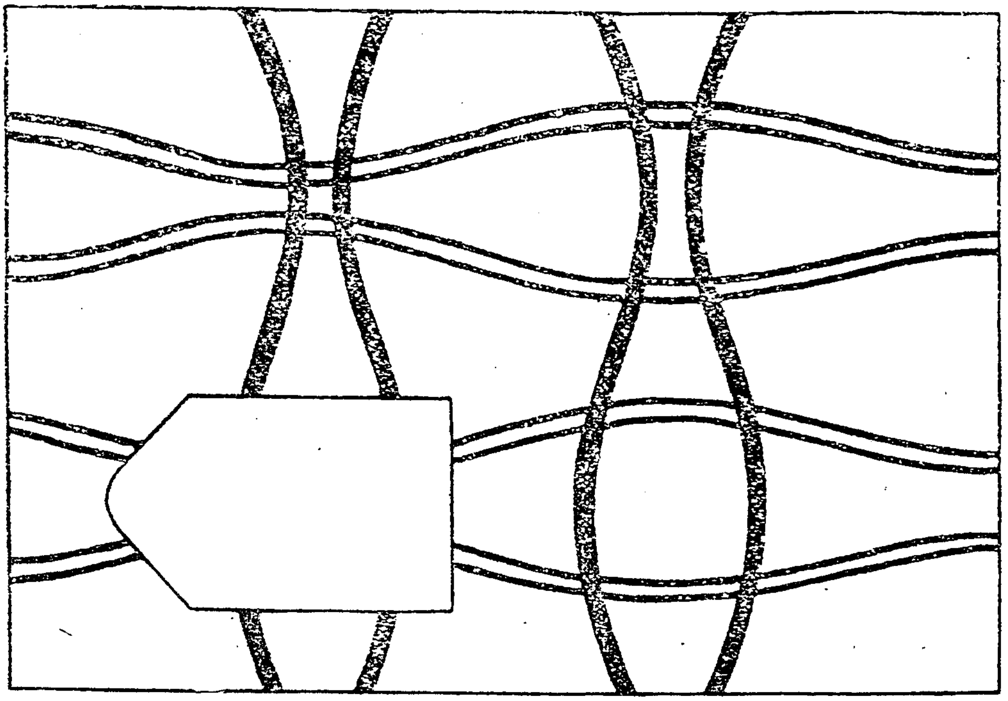
٥



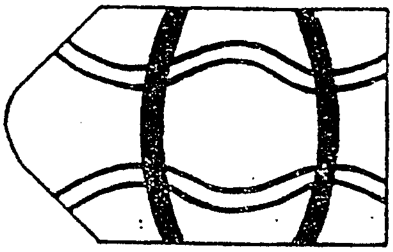
٦



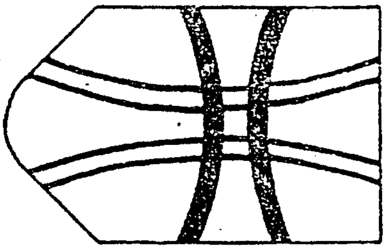
أ١١



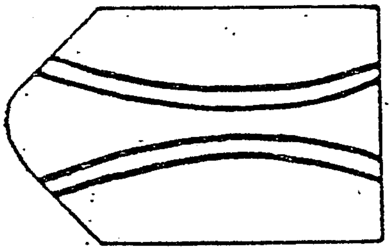
١



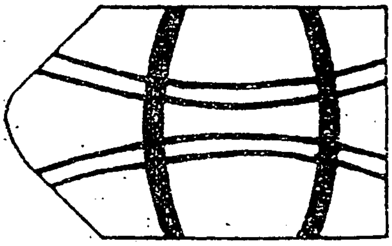
٢



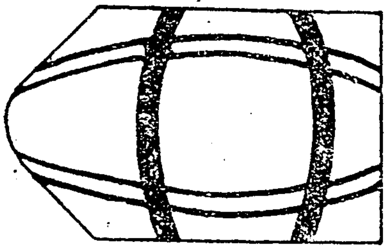
٣



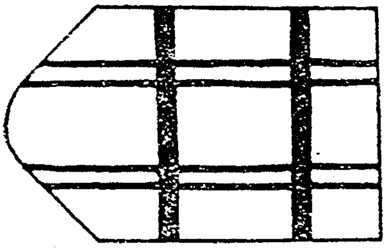
٤



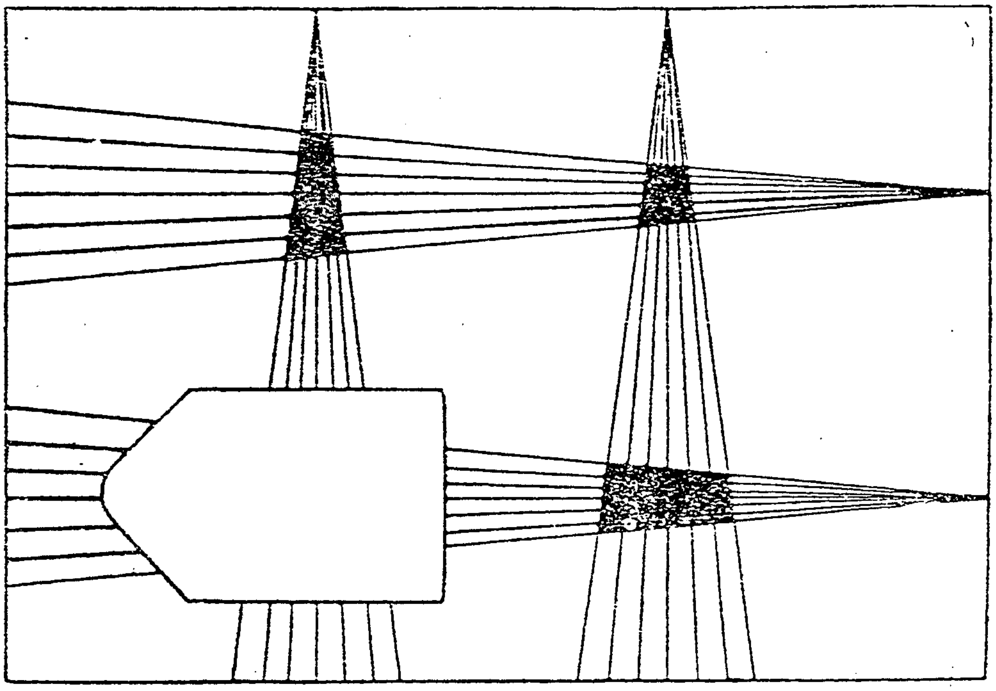
٥



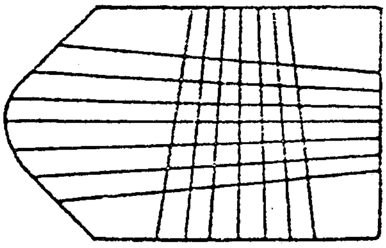
٦



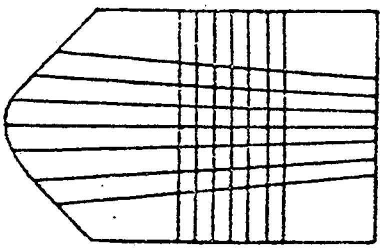
أ١٢



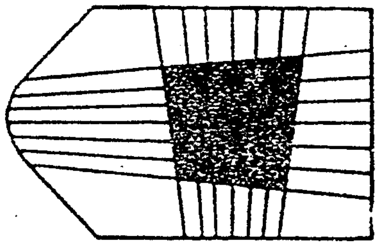
١



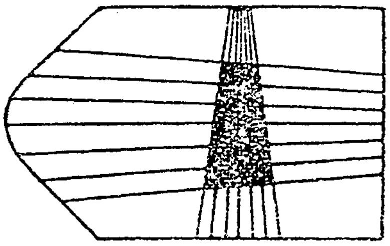
٢



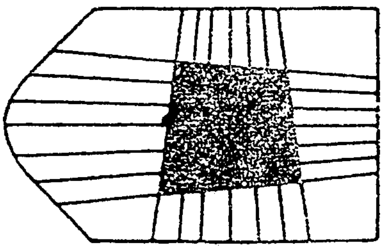
٣



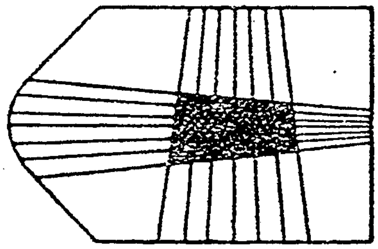
٤



٥

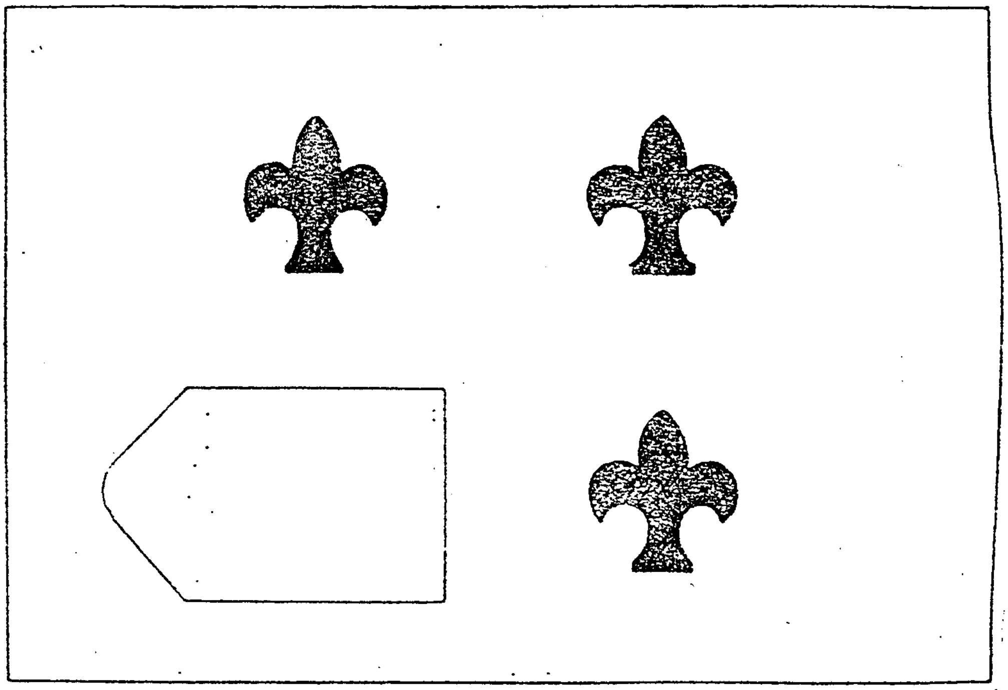


٦

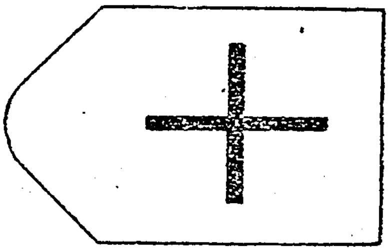


مجموعة ب

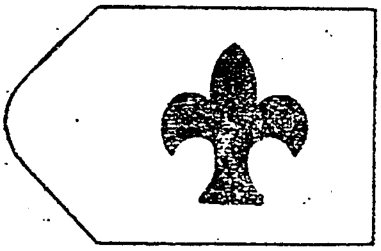
ب ١



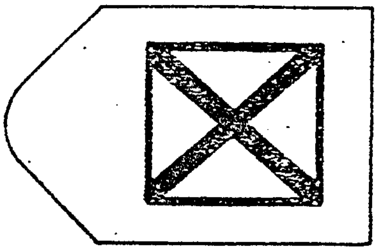
١



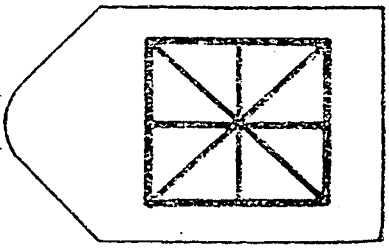
٢



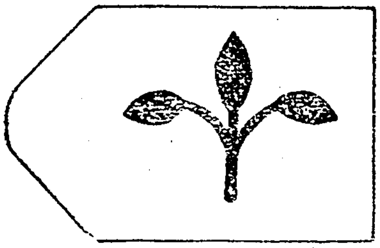
٣



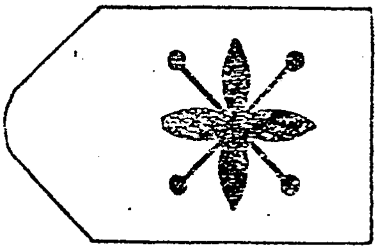
٤



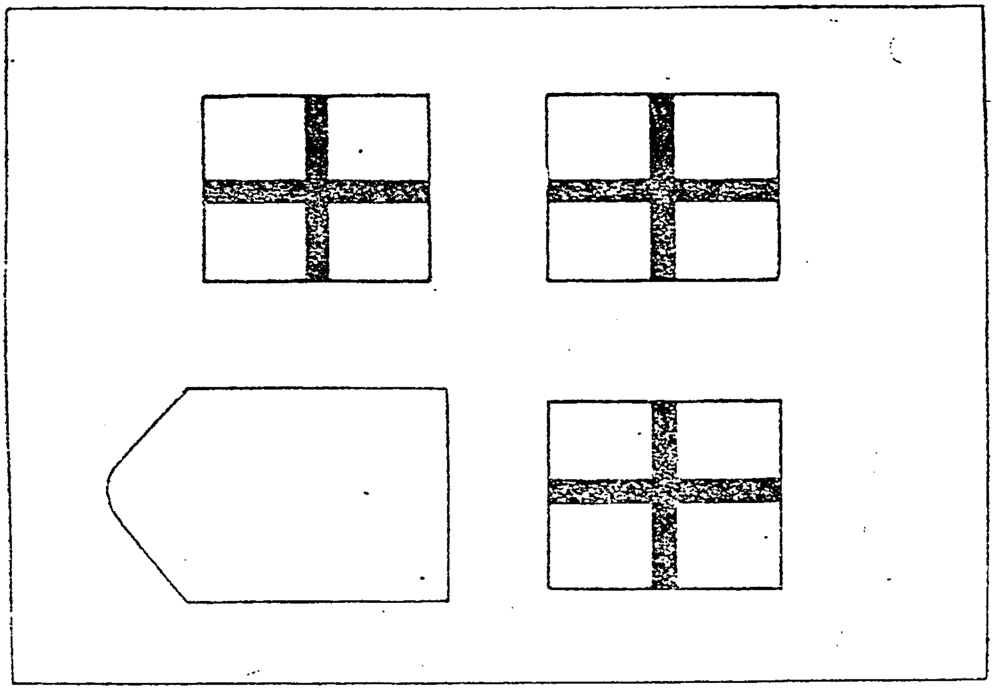
٥

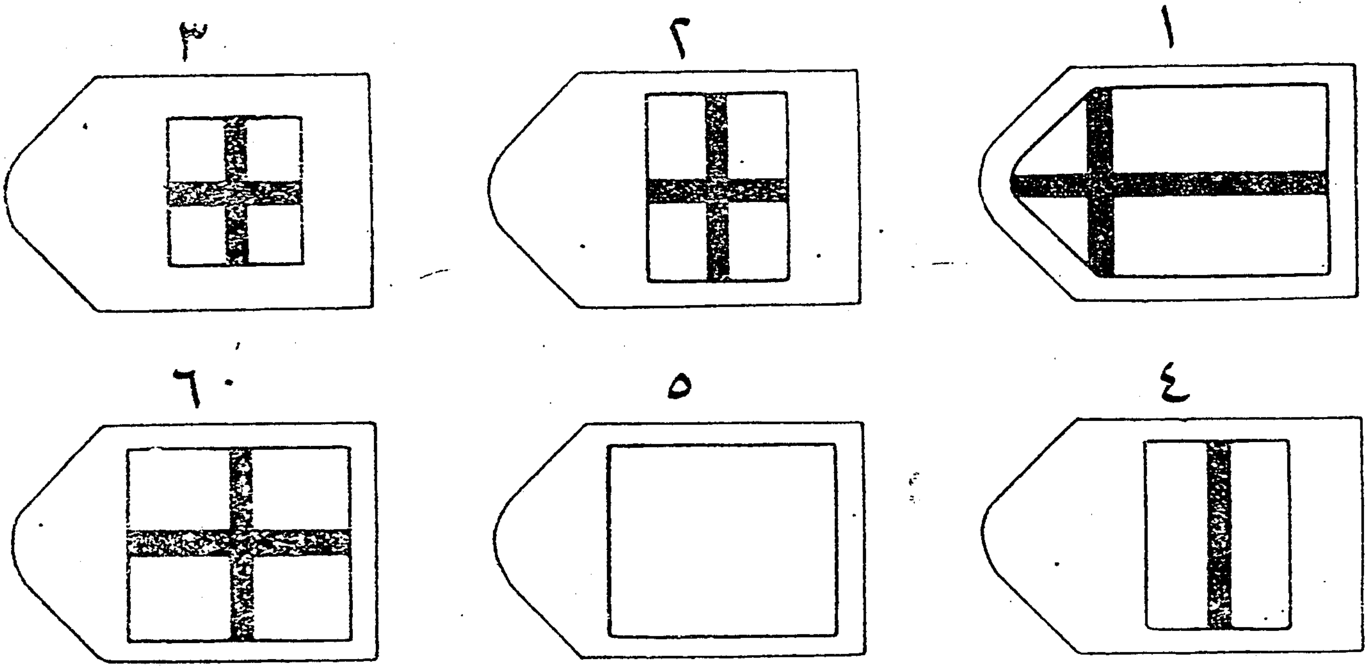


٦

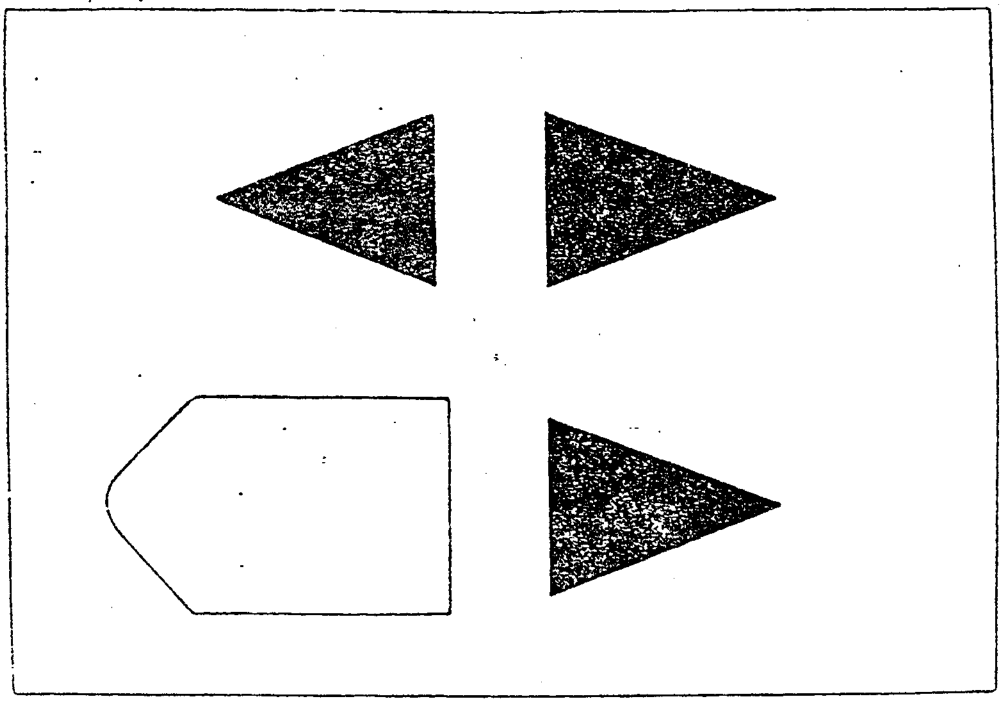


ب٢

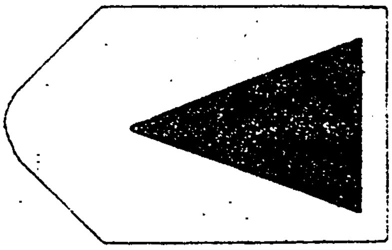




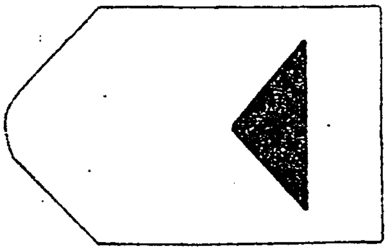
ب ٣



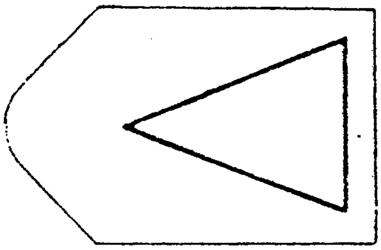
١



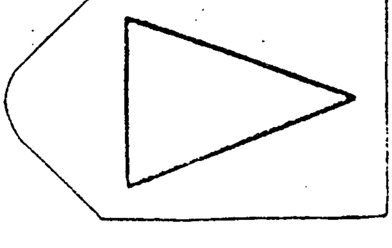
٢



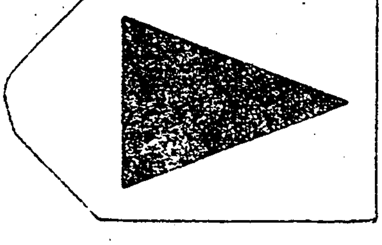
٣



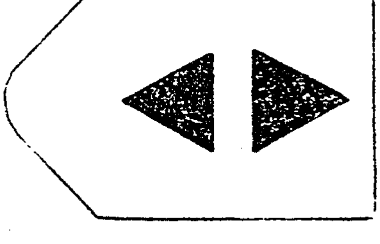
٤



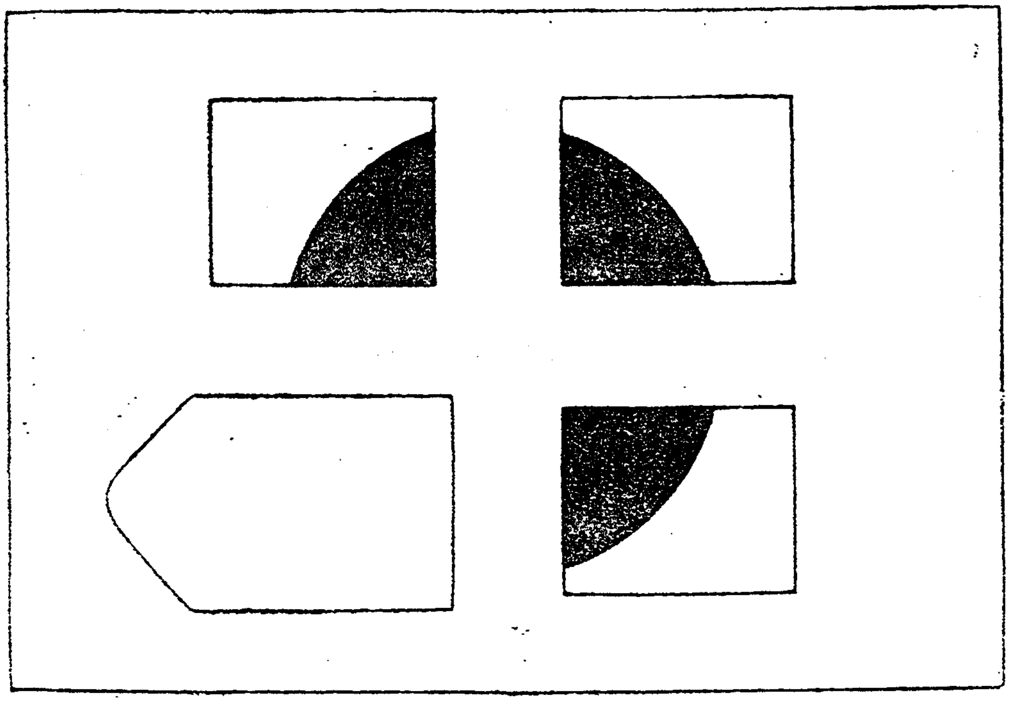
٥



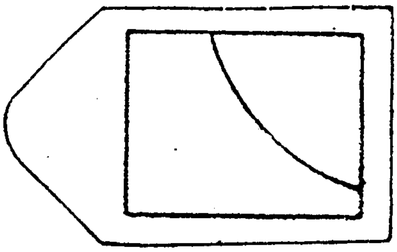
٦



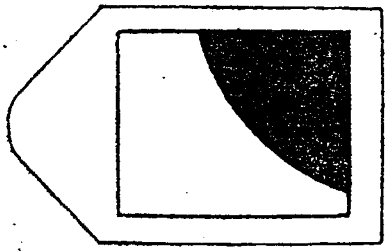
ب٤



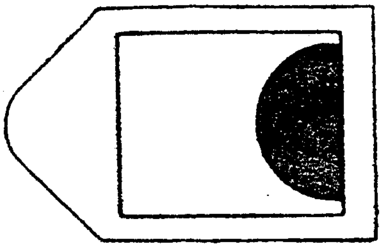
١



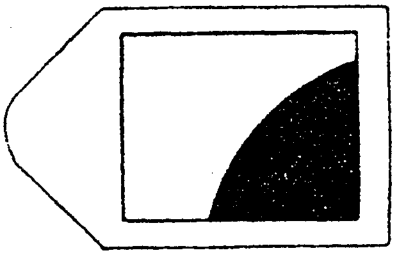
٢



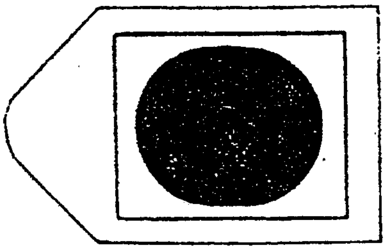
٣



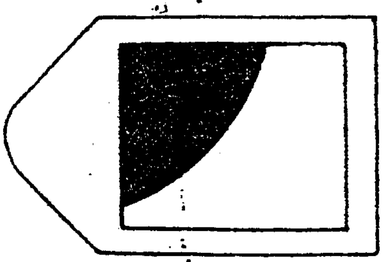
٤



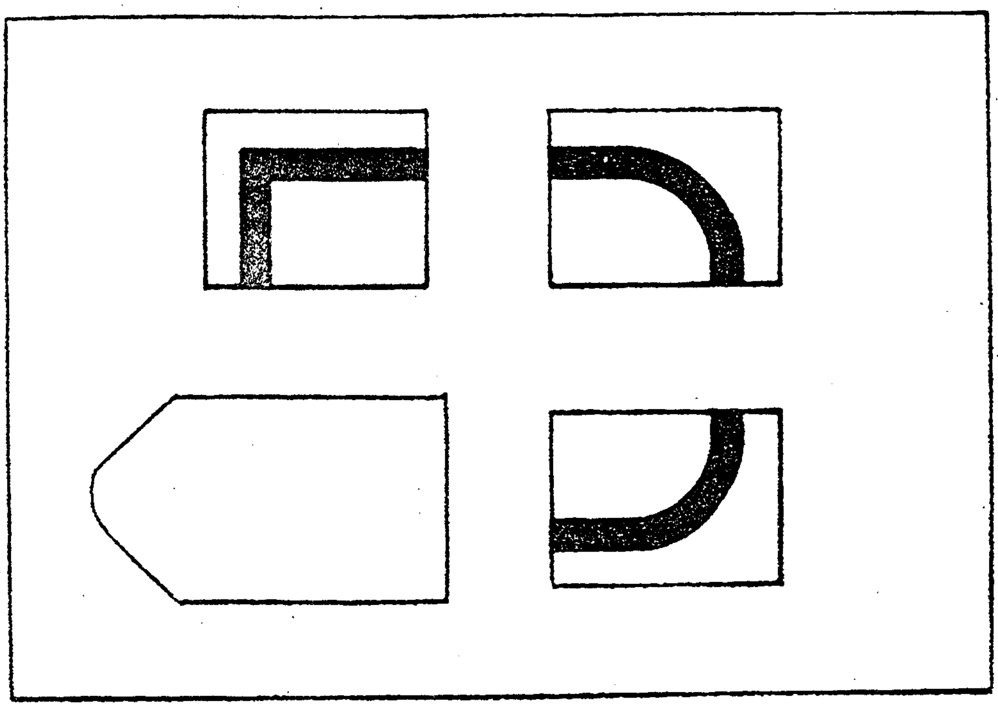
٥

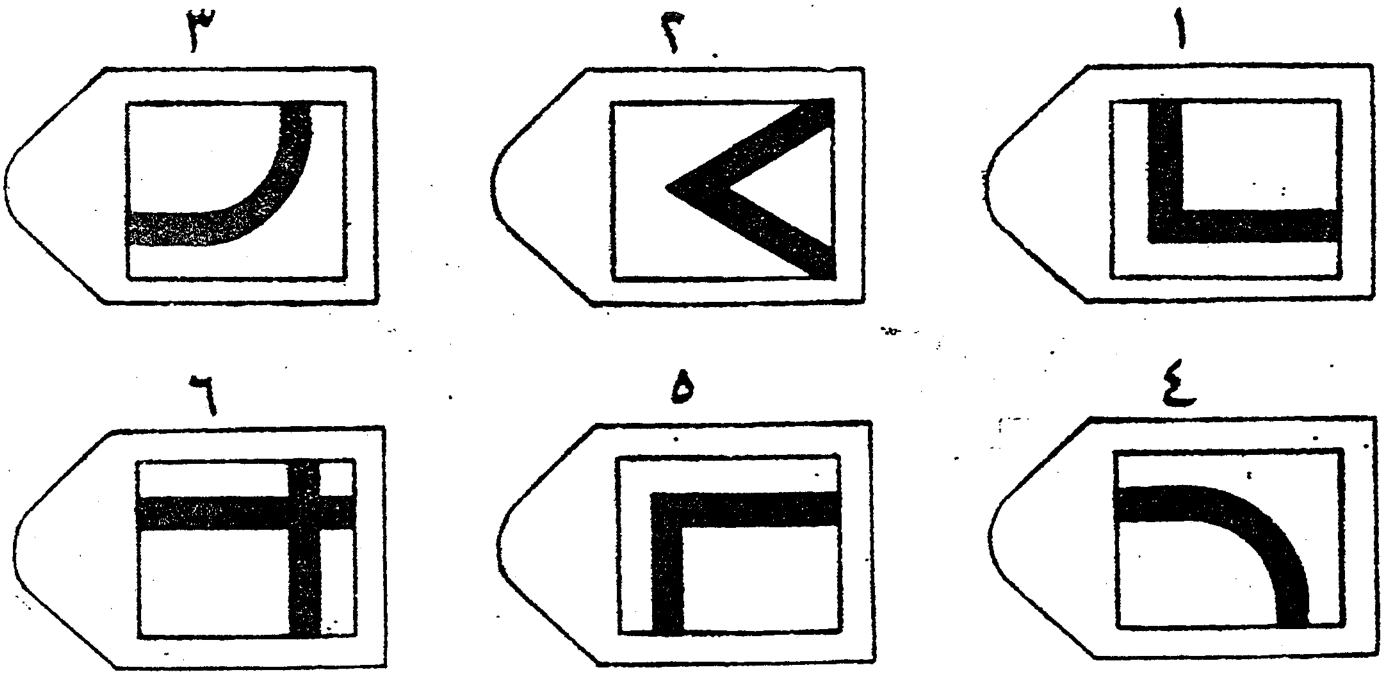


٦

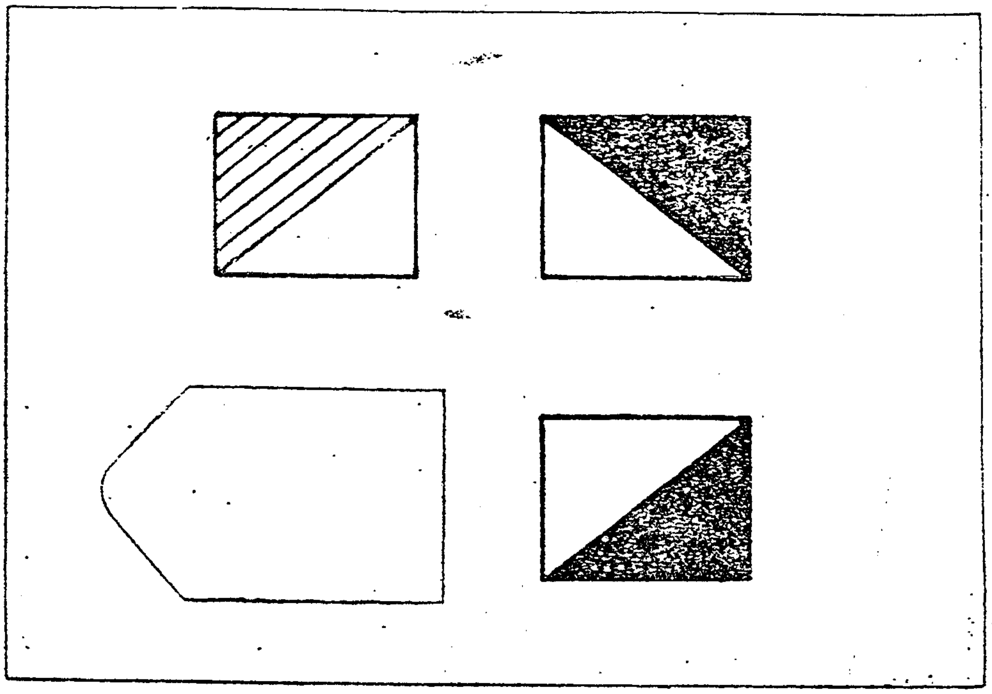


ب٥

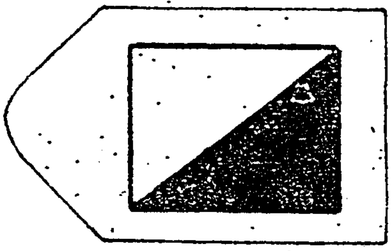




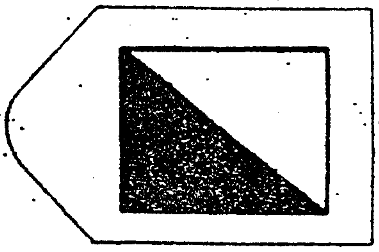
ب ١٠



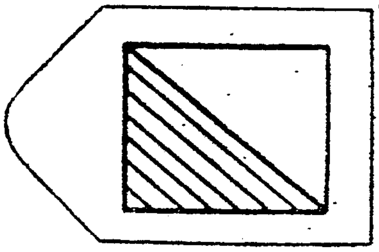
١



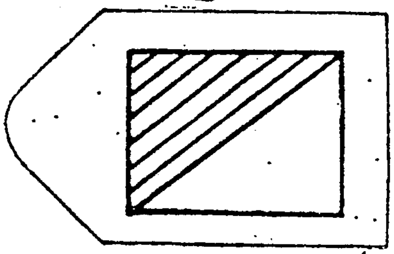
٢



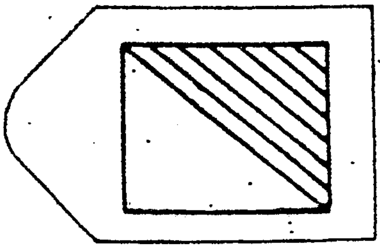
٣



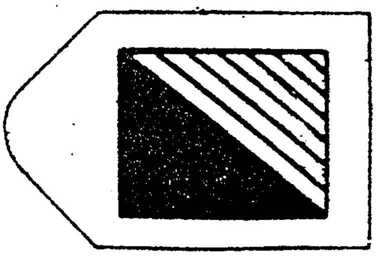
٤



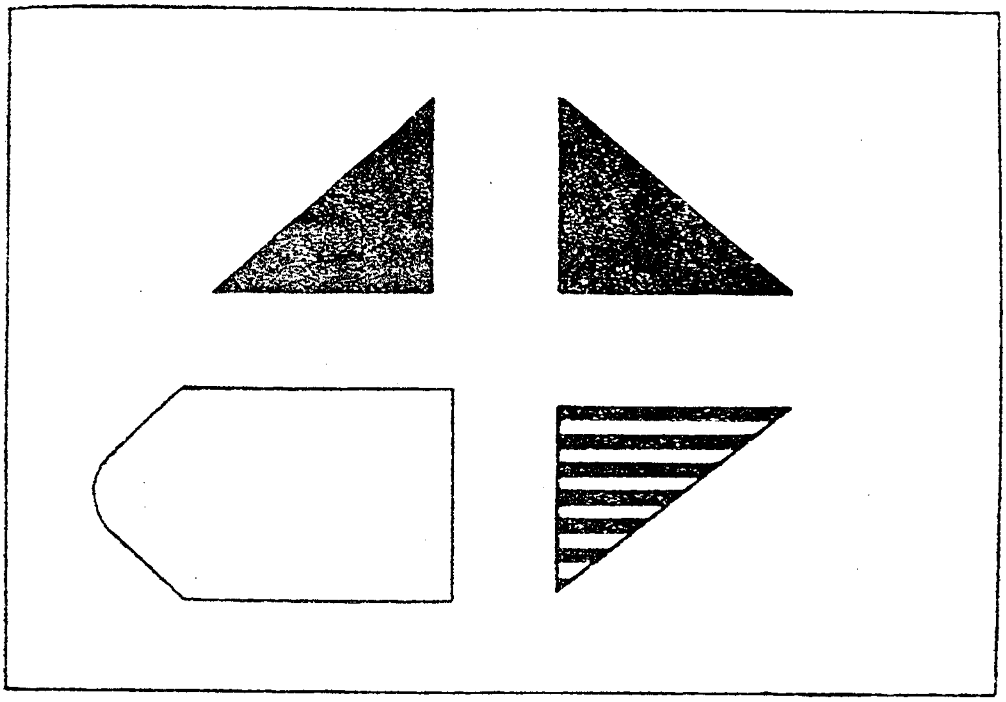
٥



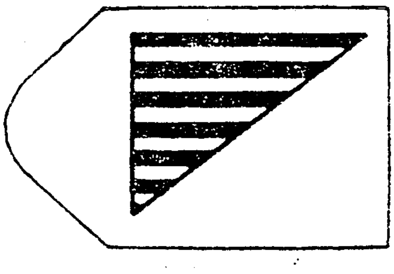
٦



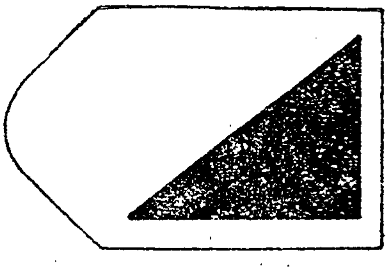
ب ٧



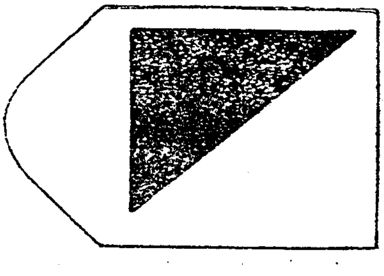
١



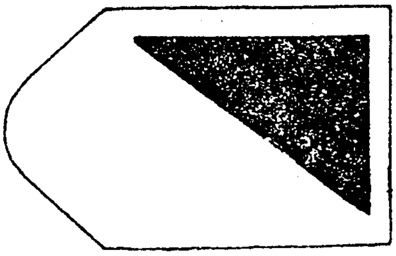
٢



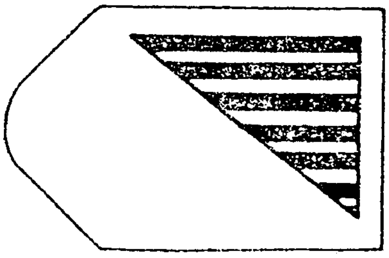
٣



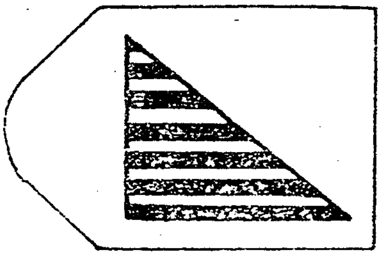
٤



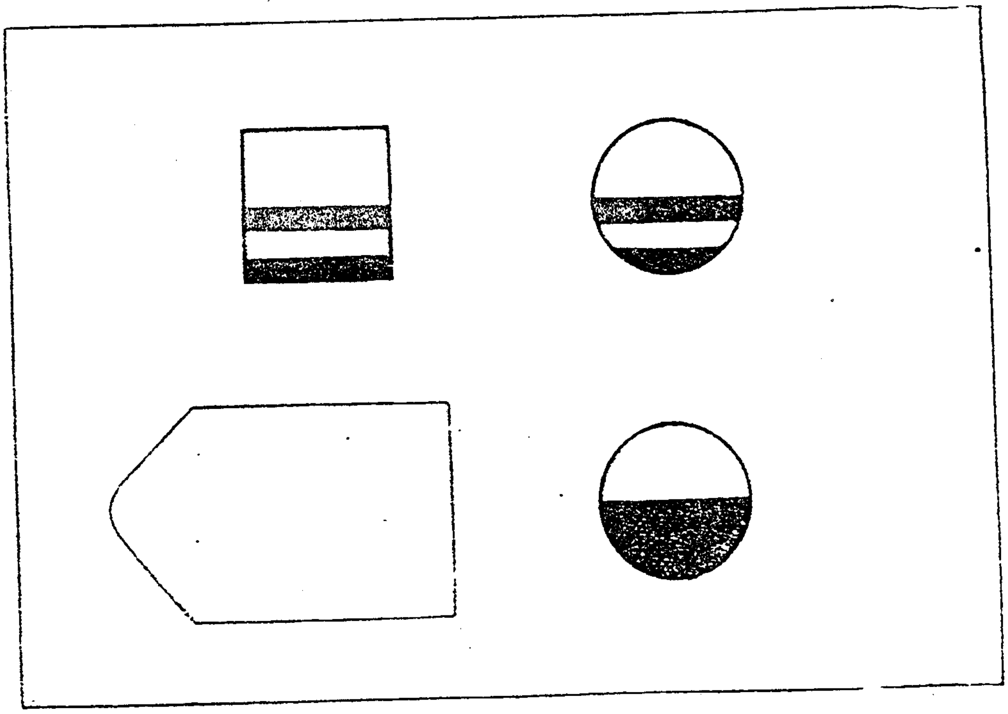
٥

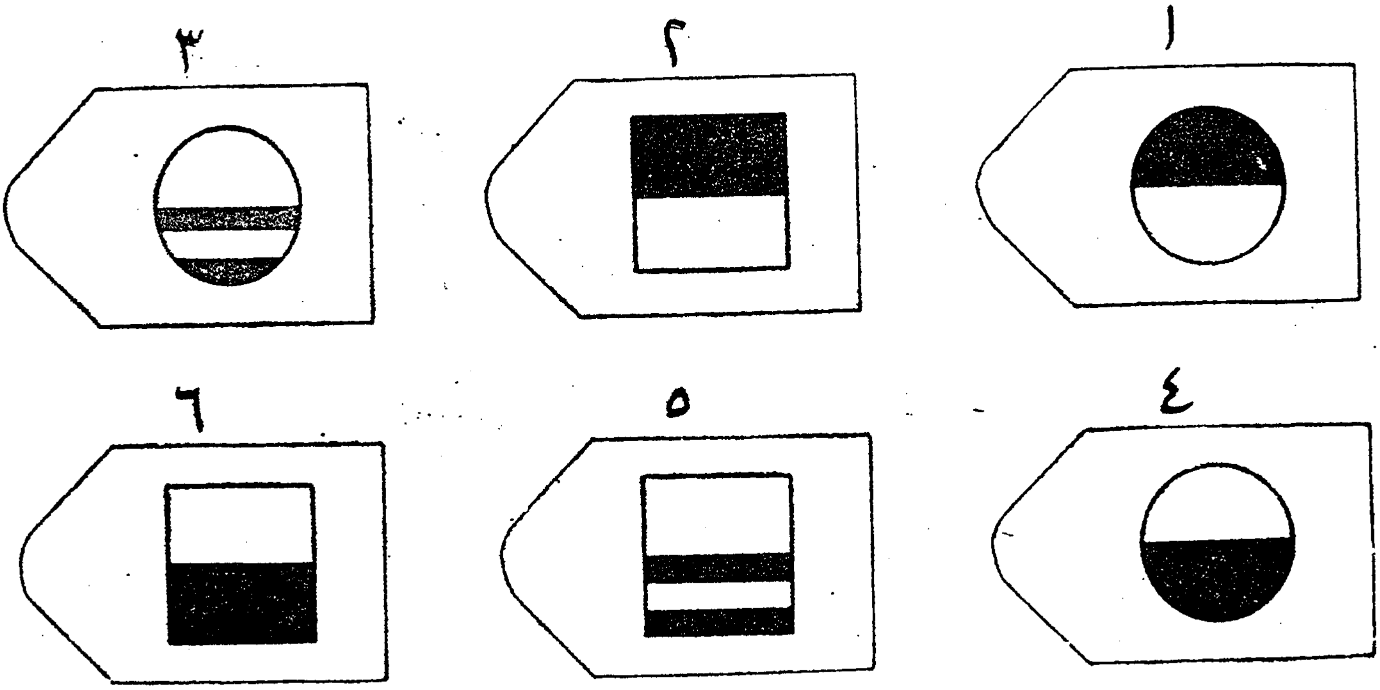


٦

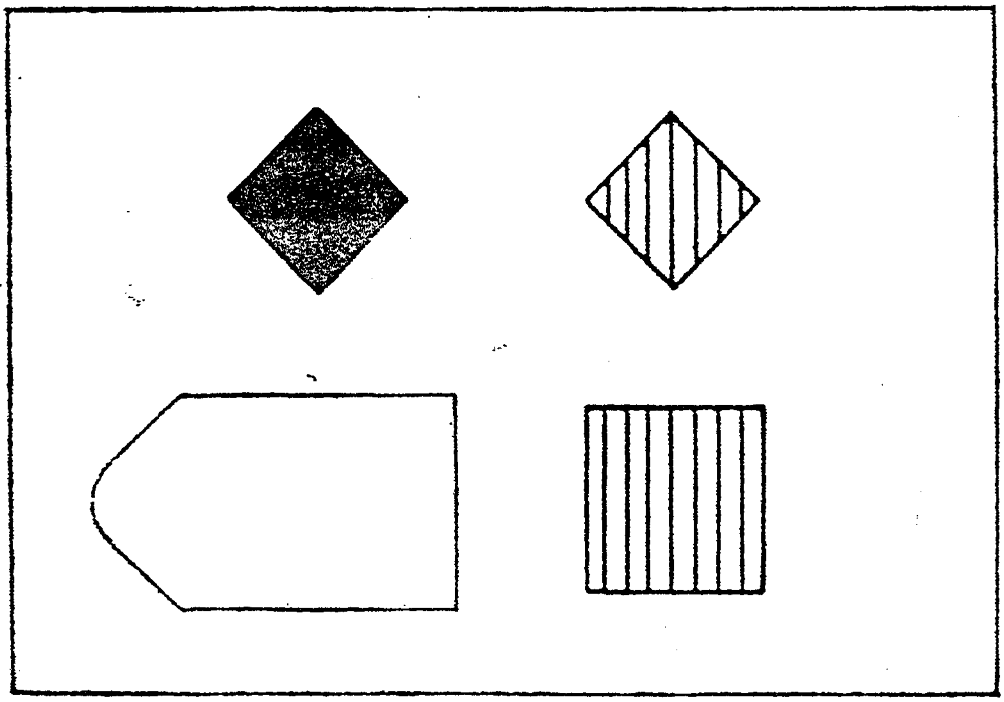


ب ٨

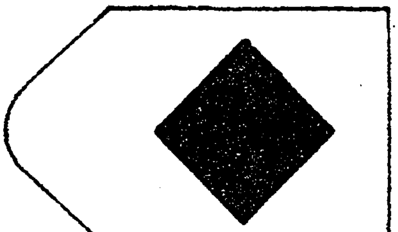




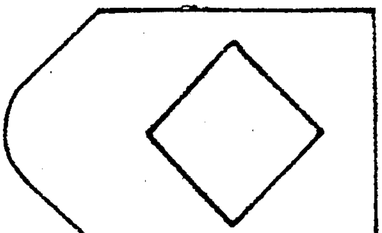
ب٩



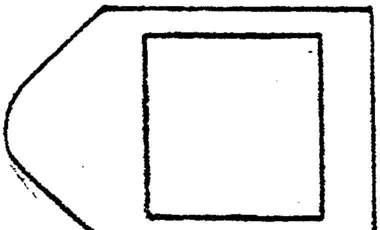
١



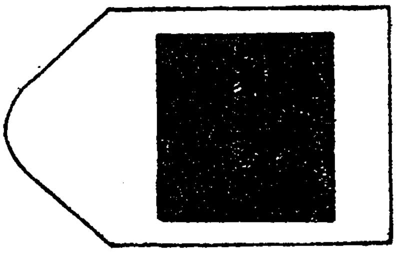
٢



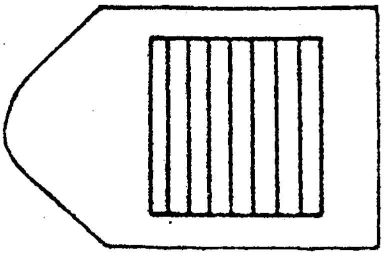
٣



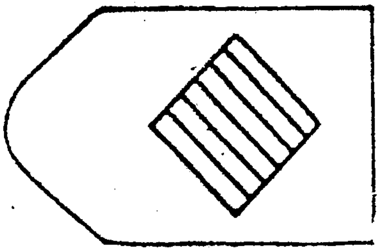
٤



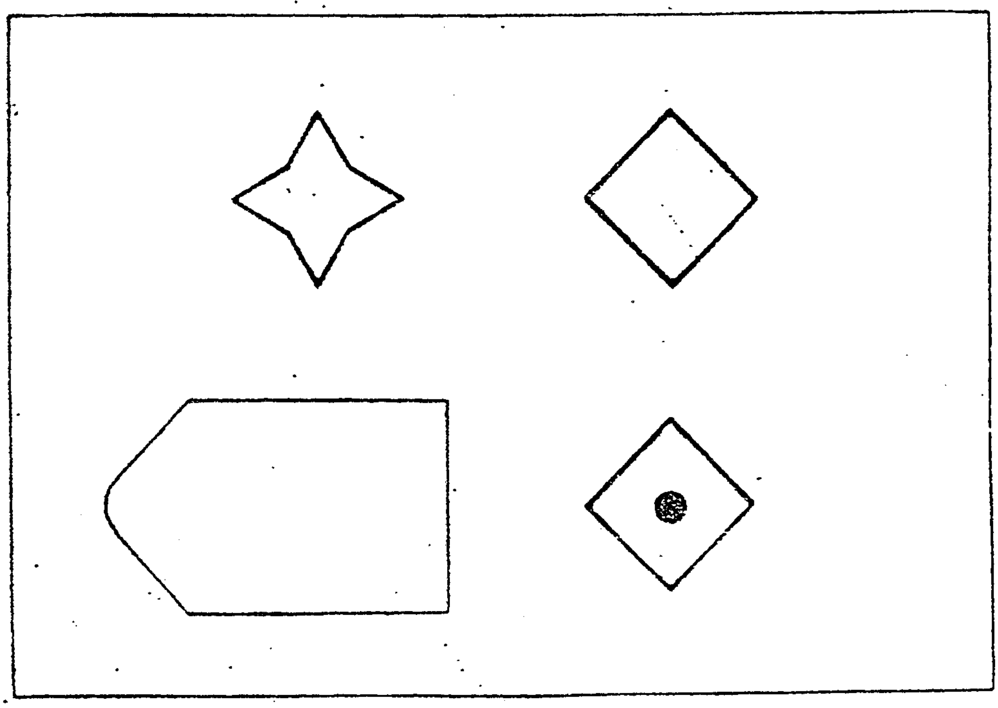
٥



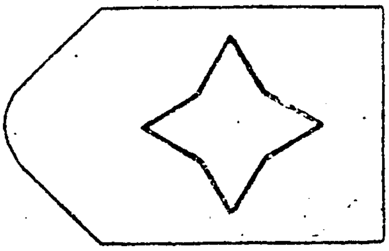
٦



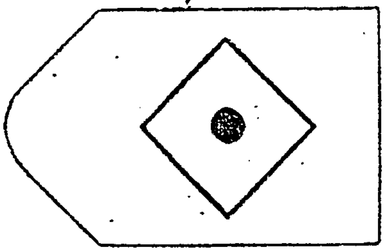
ب١٠



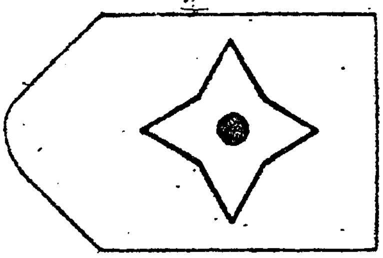
١



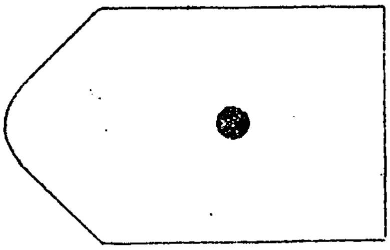
٢



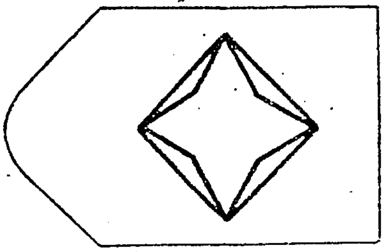
٣



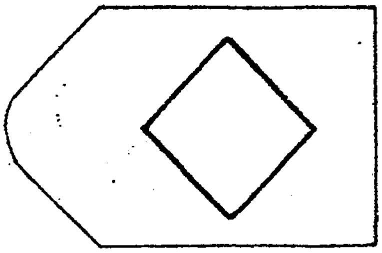
٤



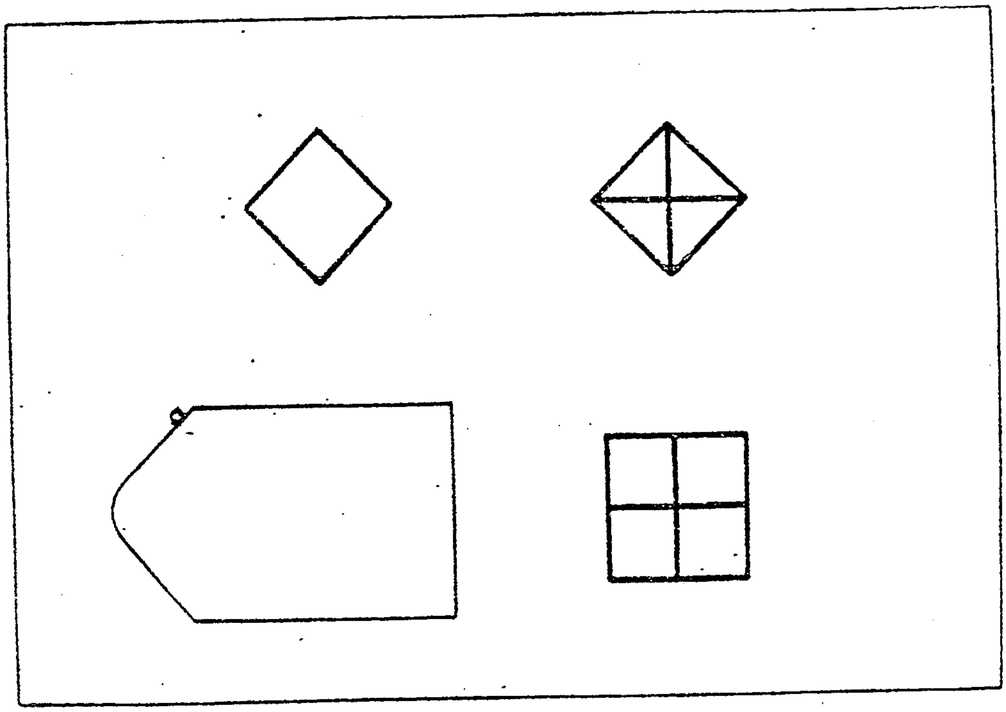
٥



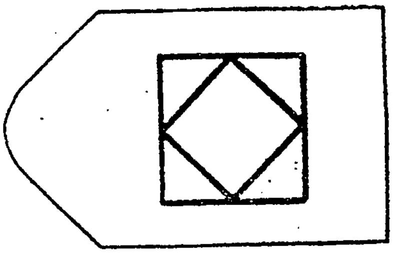
٦



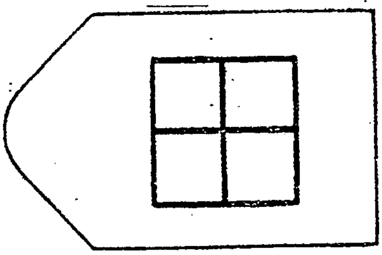
ب١١



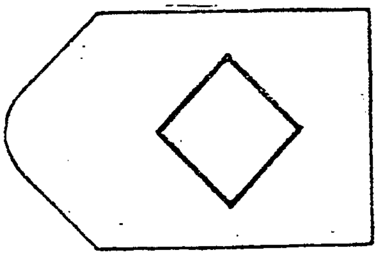
١



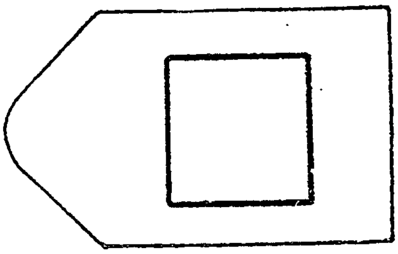
٢



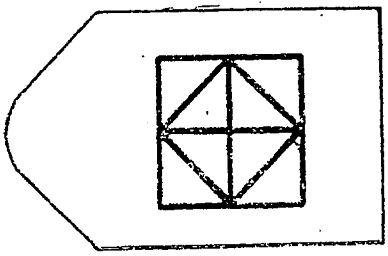
٣



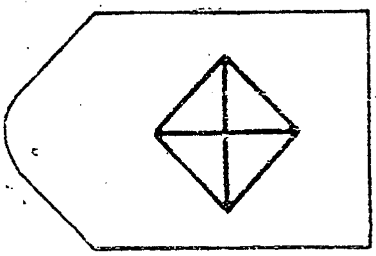
٤



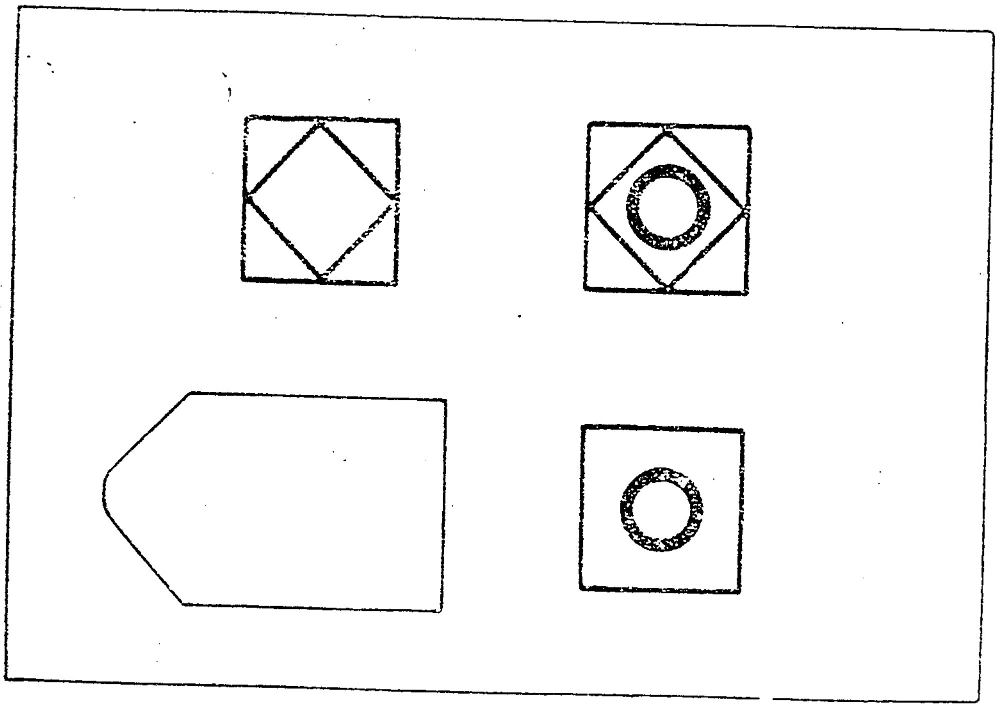
٥

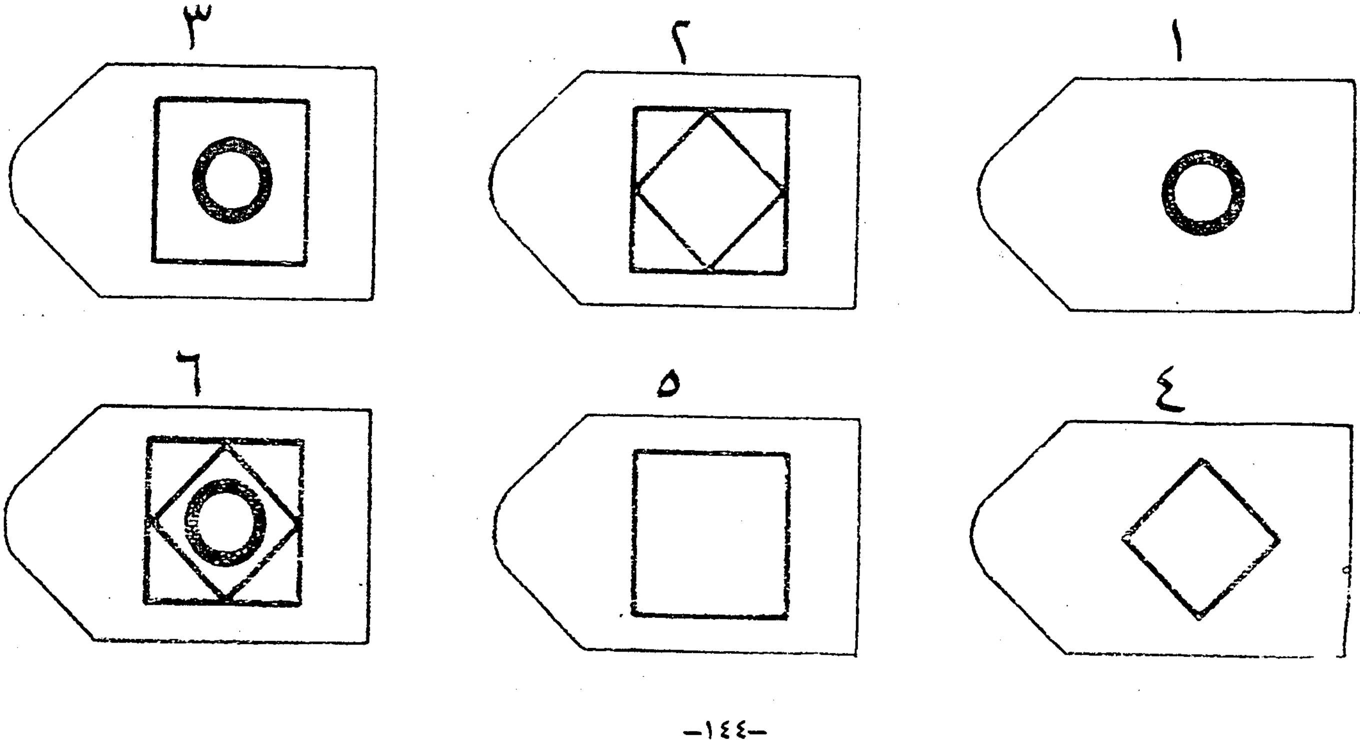


٦



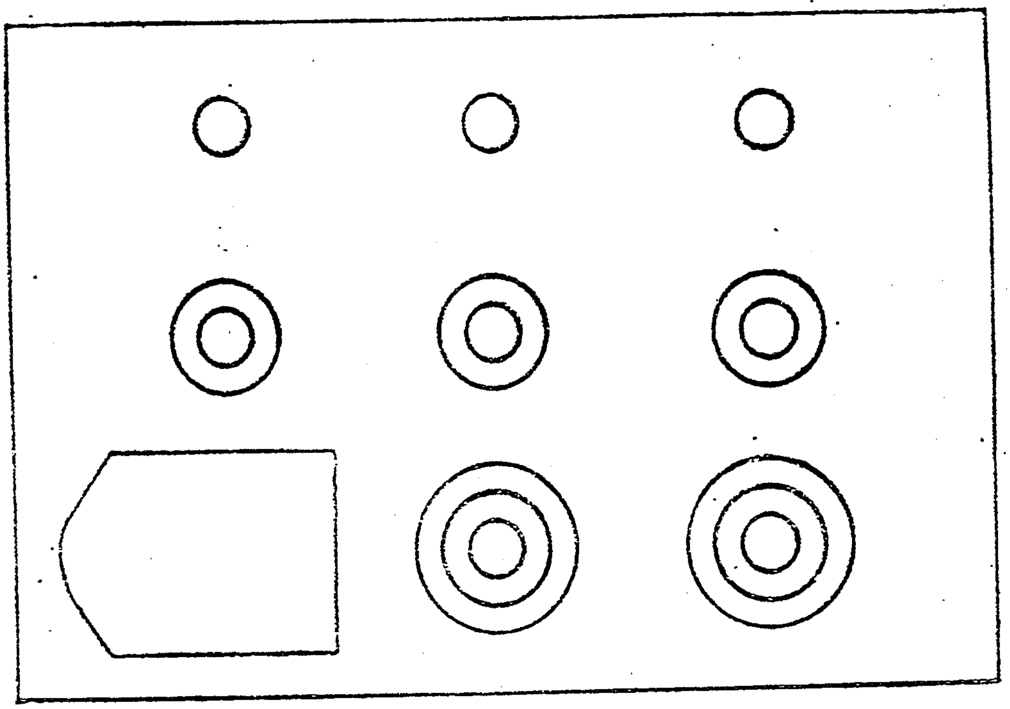
ب ١٢

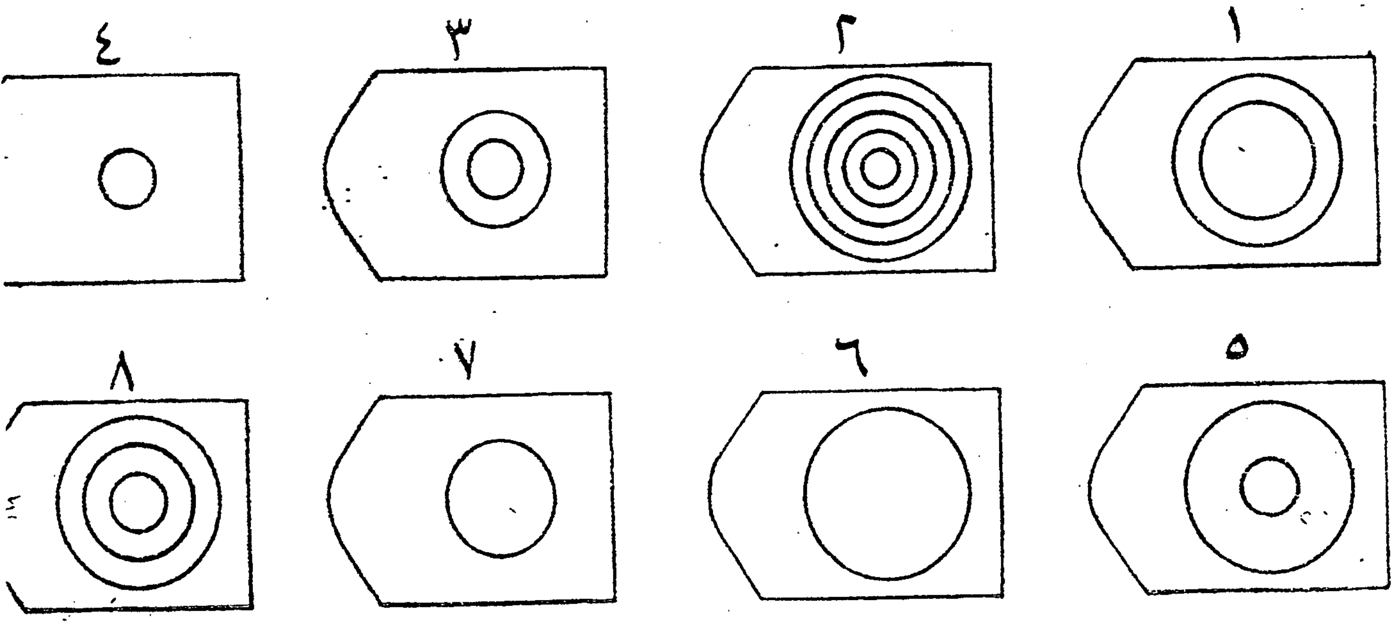




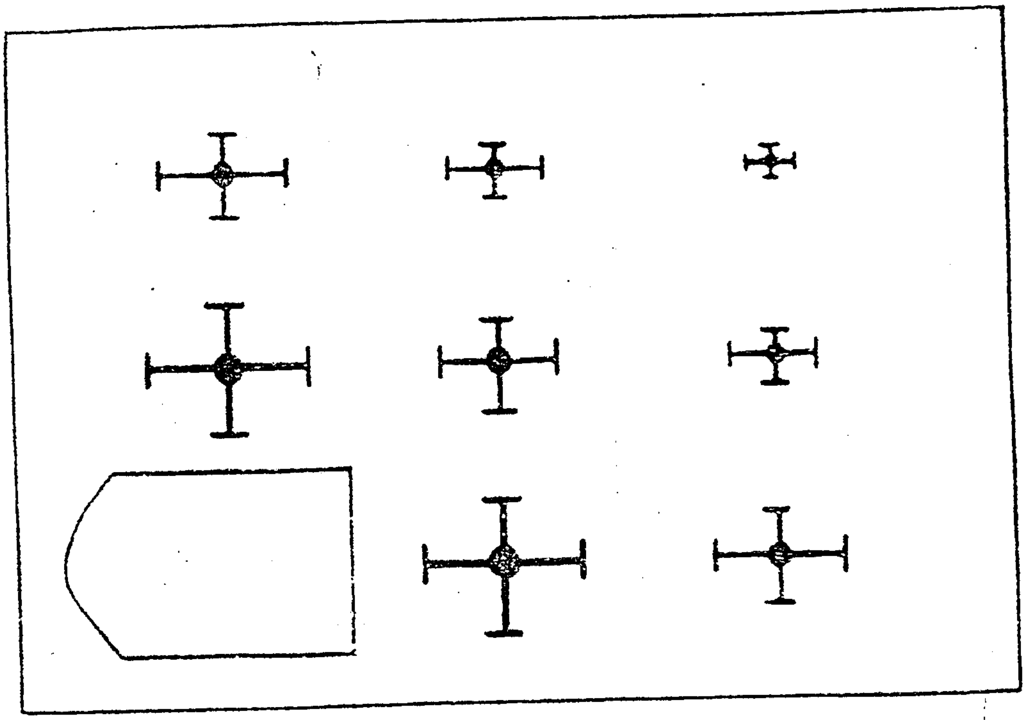
مجموعة جـ

جـ ١

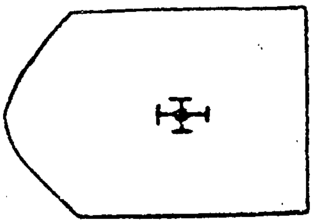




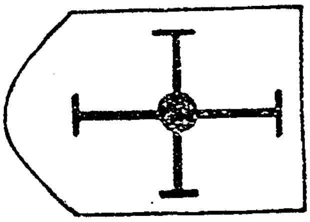
جـ ٢



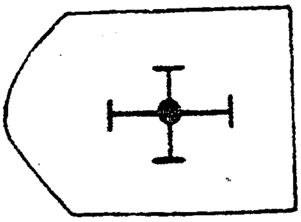
١



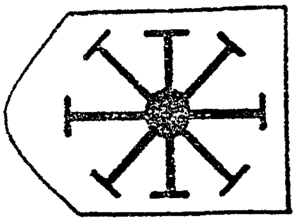
٢



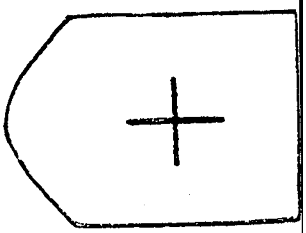
٣



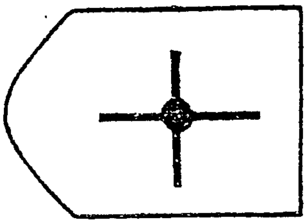
٤



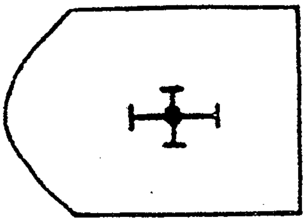
٥



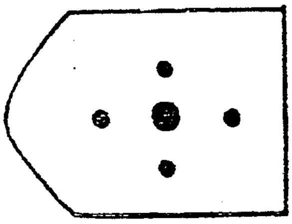
٦



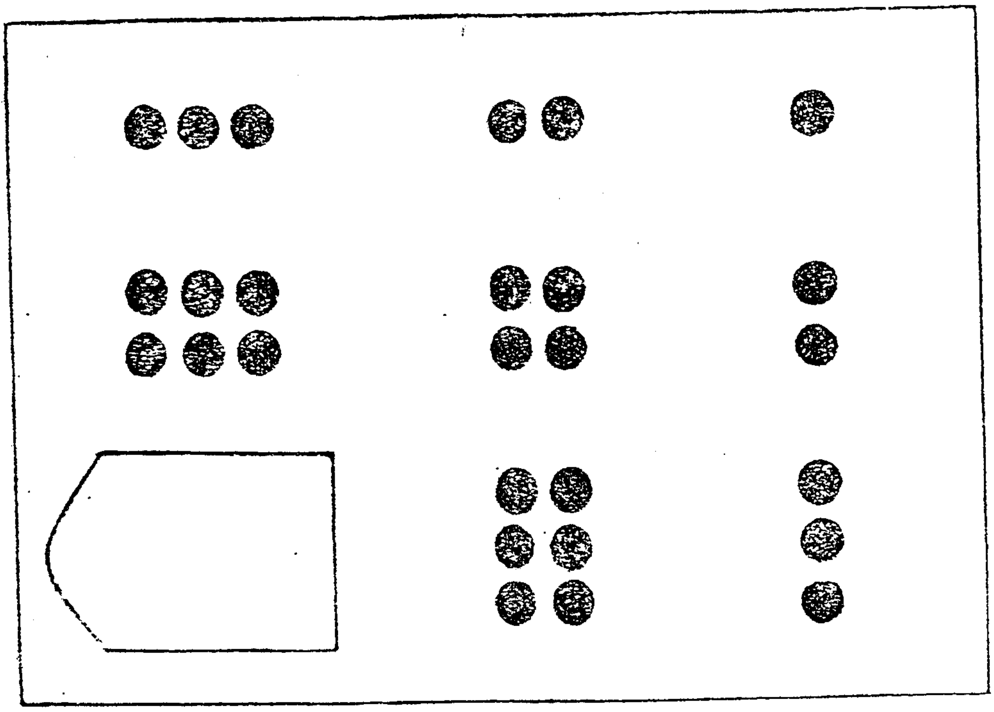
٧

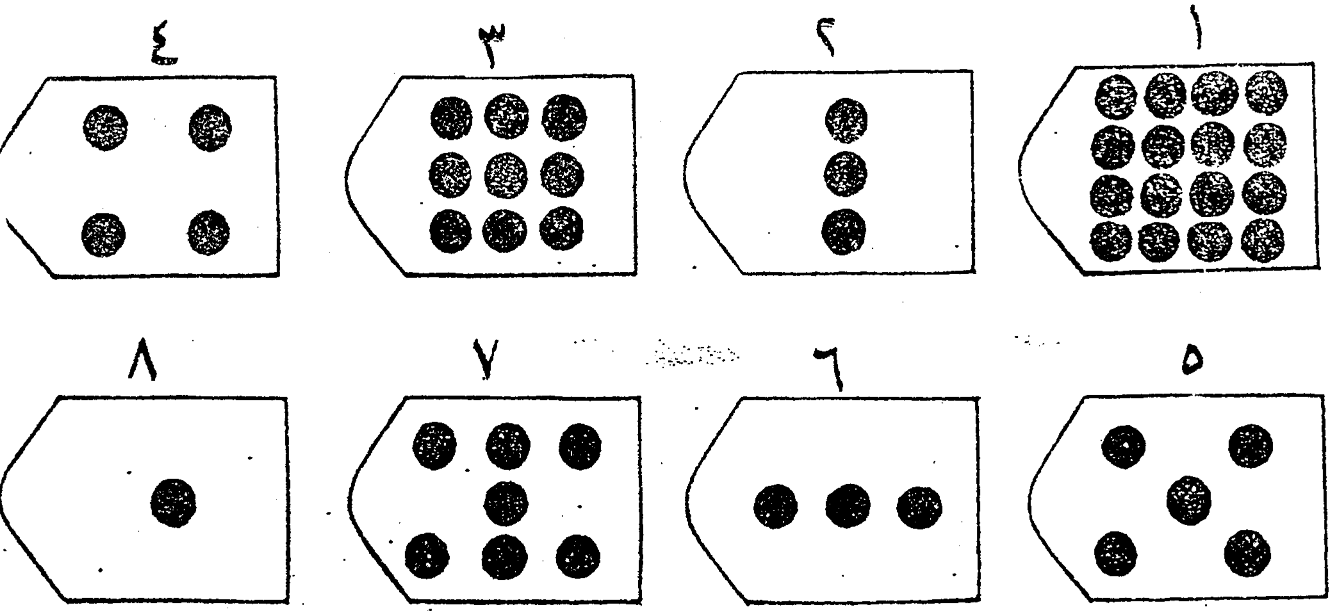


٨

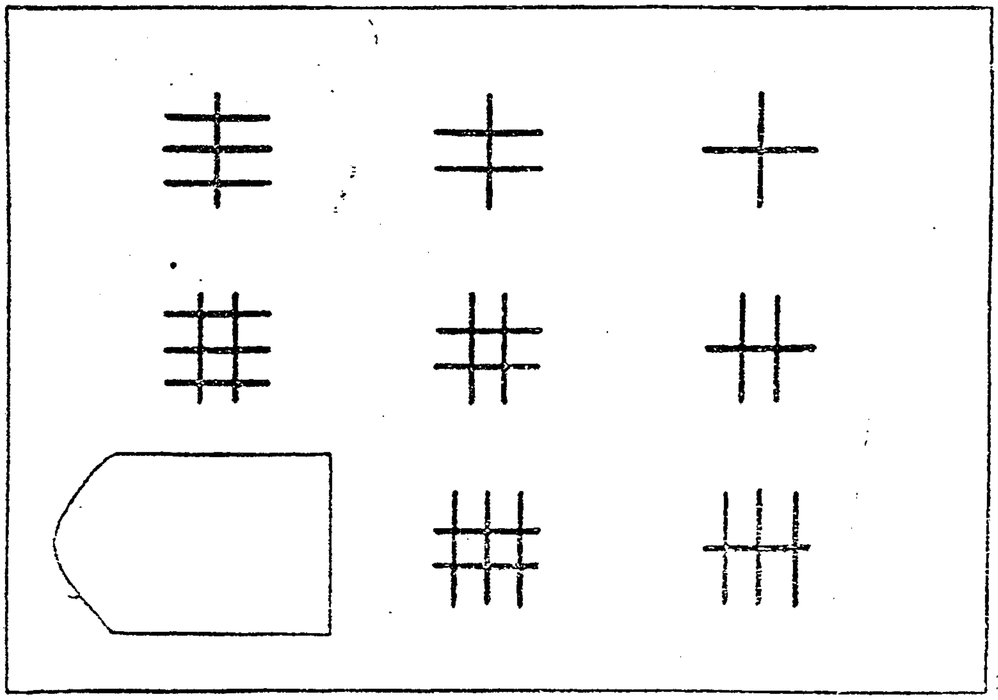


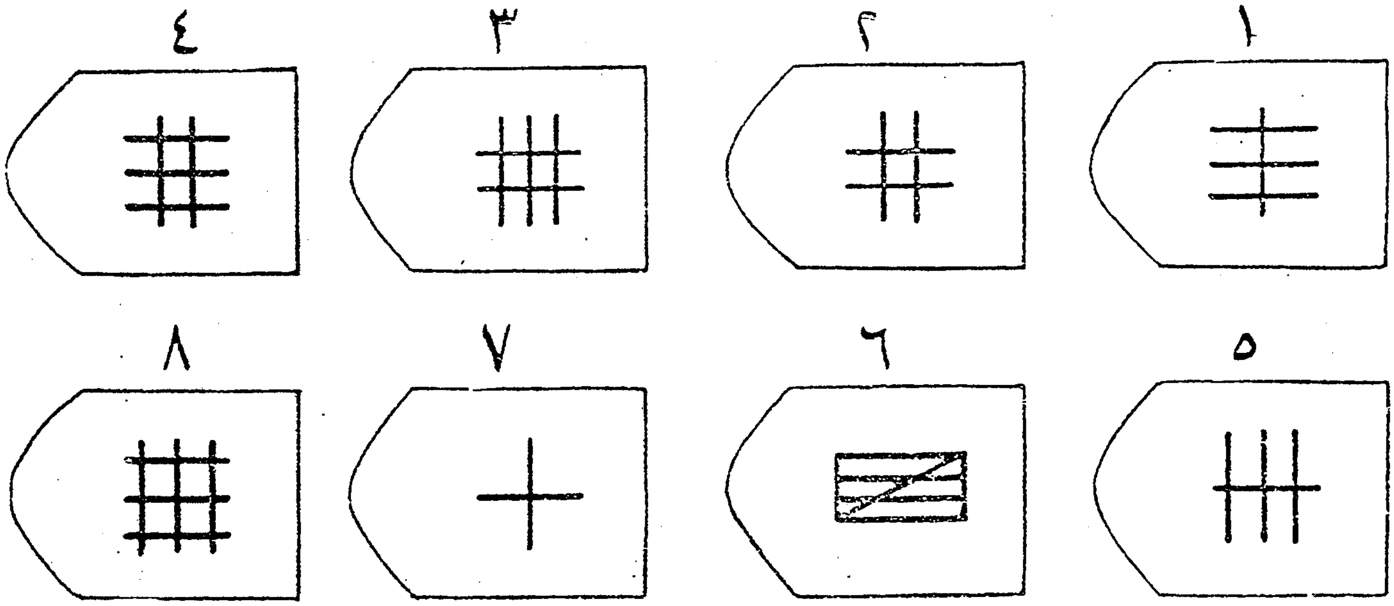
جـ٣



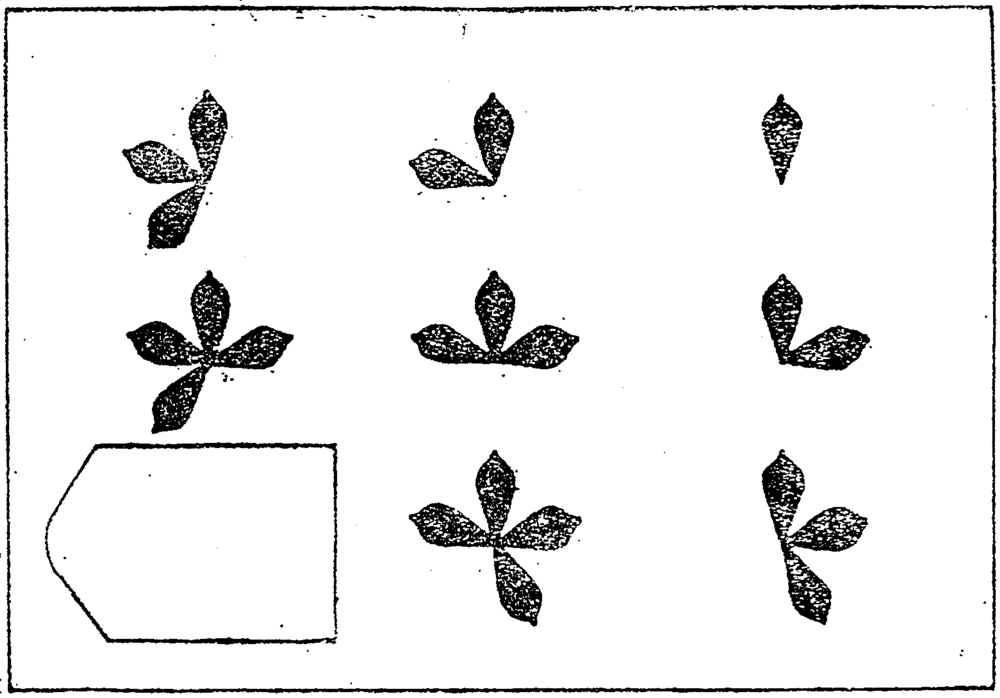


جـ٤

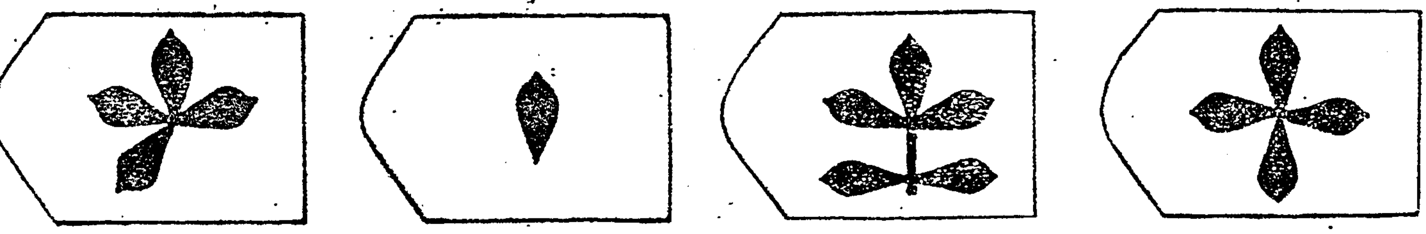




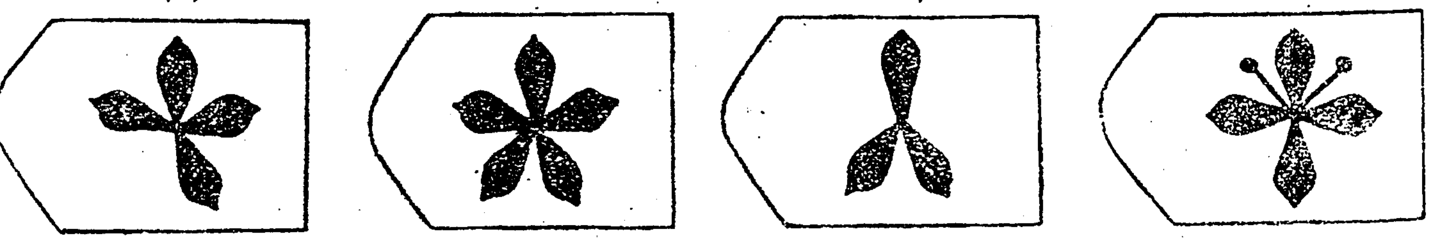
جـ ٥



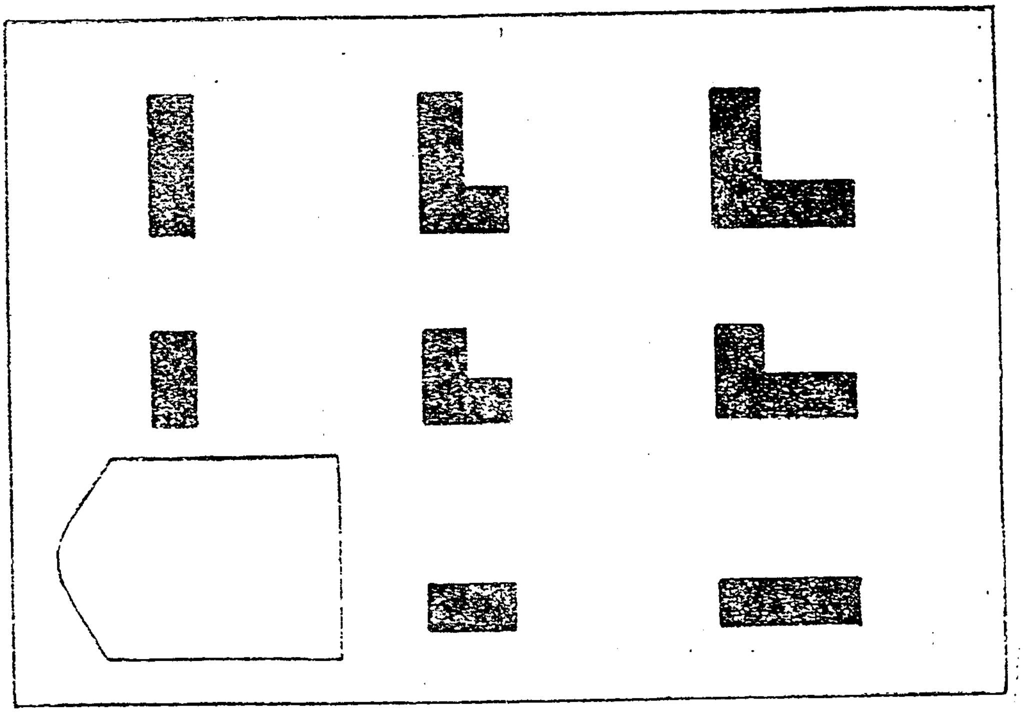
١ ٢ ٣ ٤

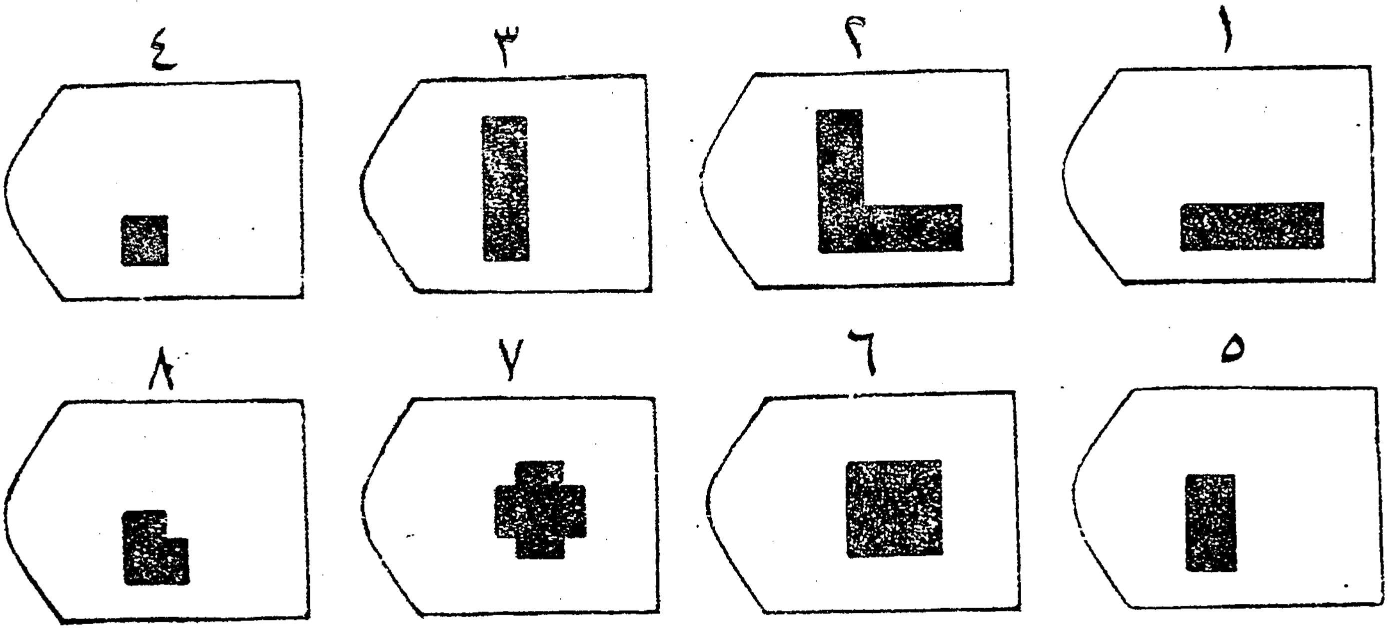


٥ ٦ ٧ ٨

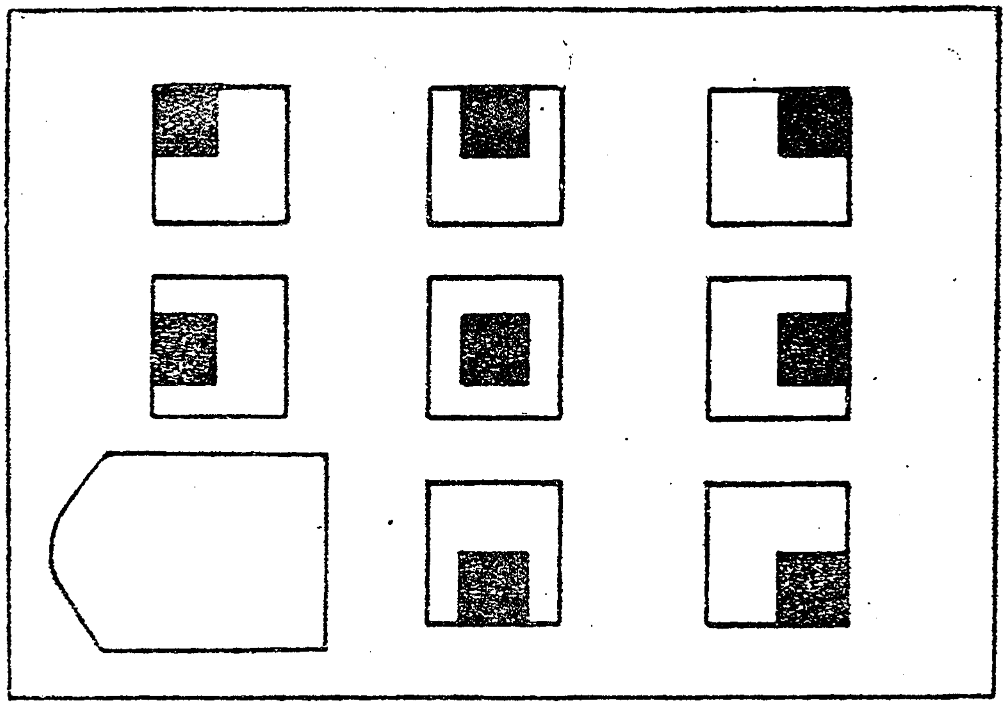


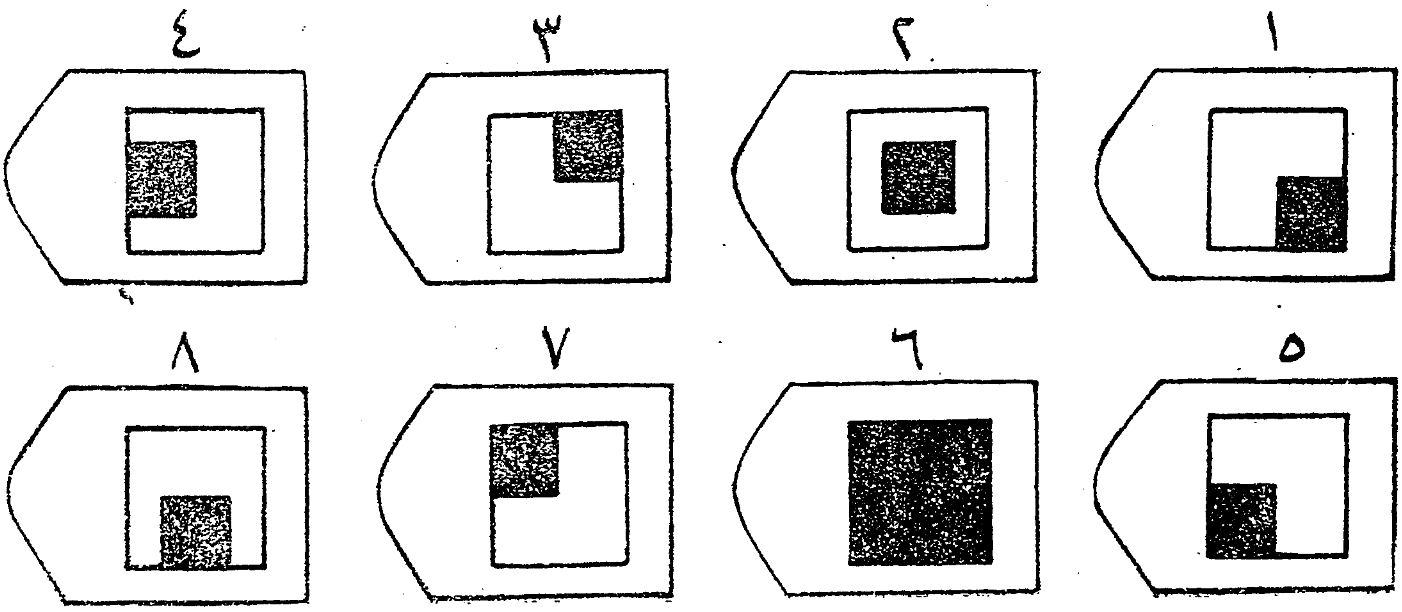
ج٦



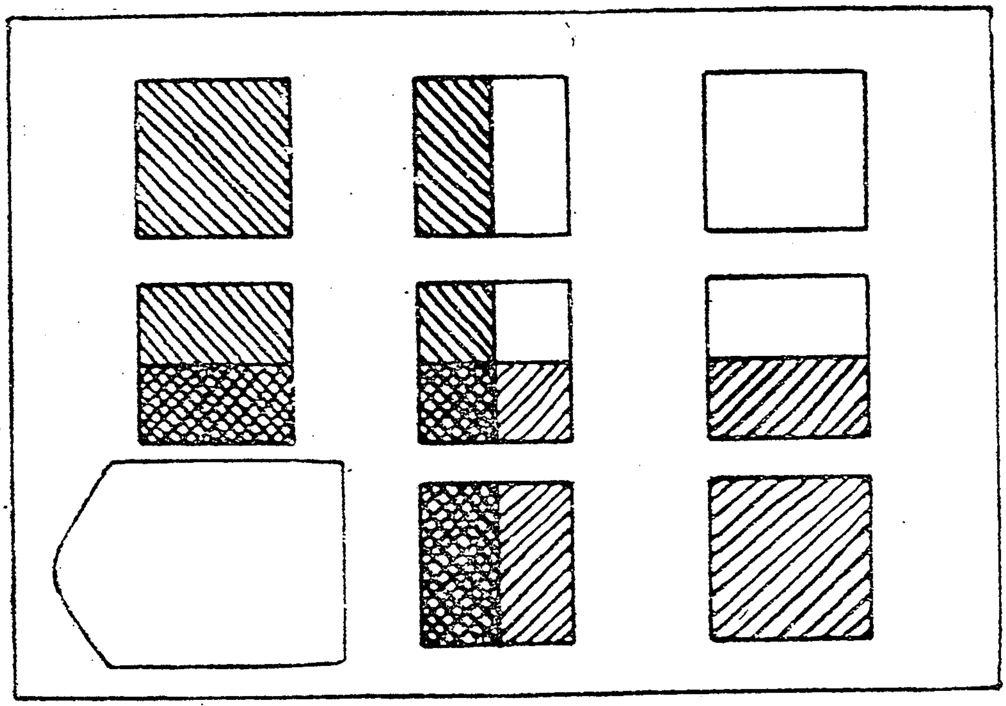


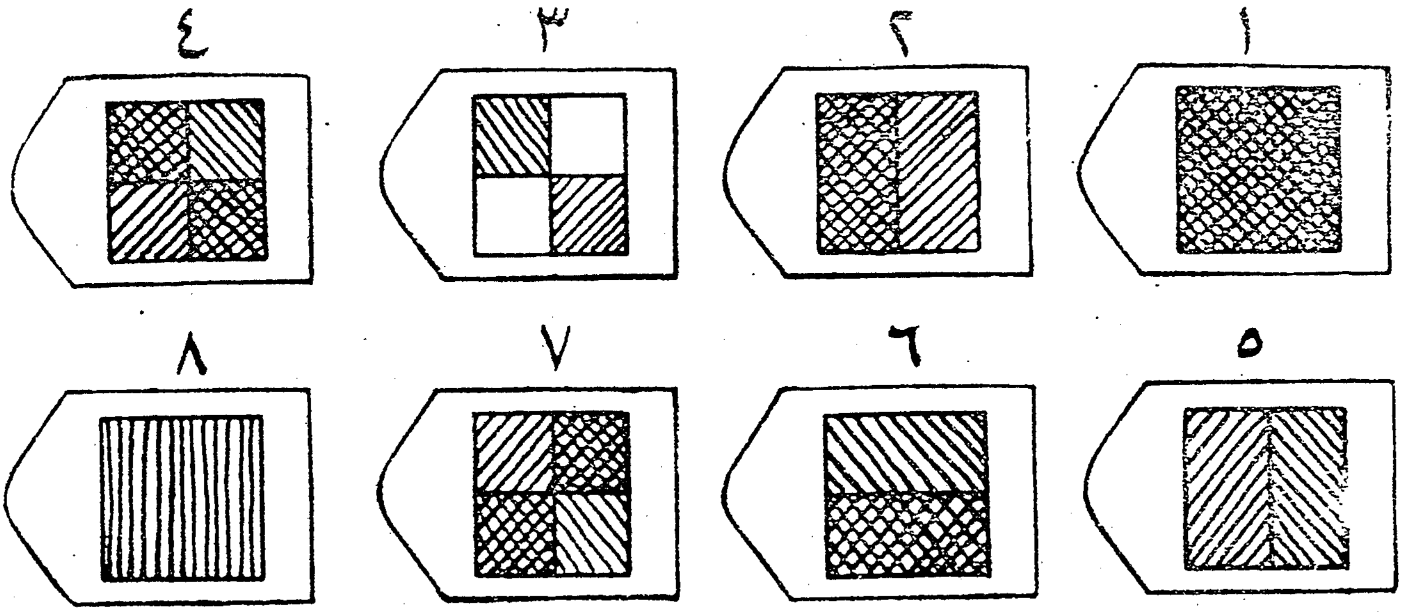
ج٧



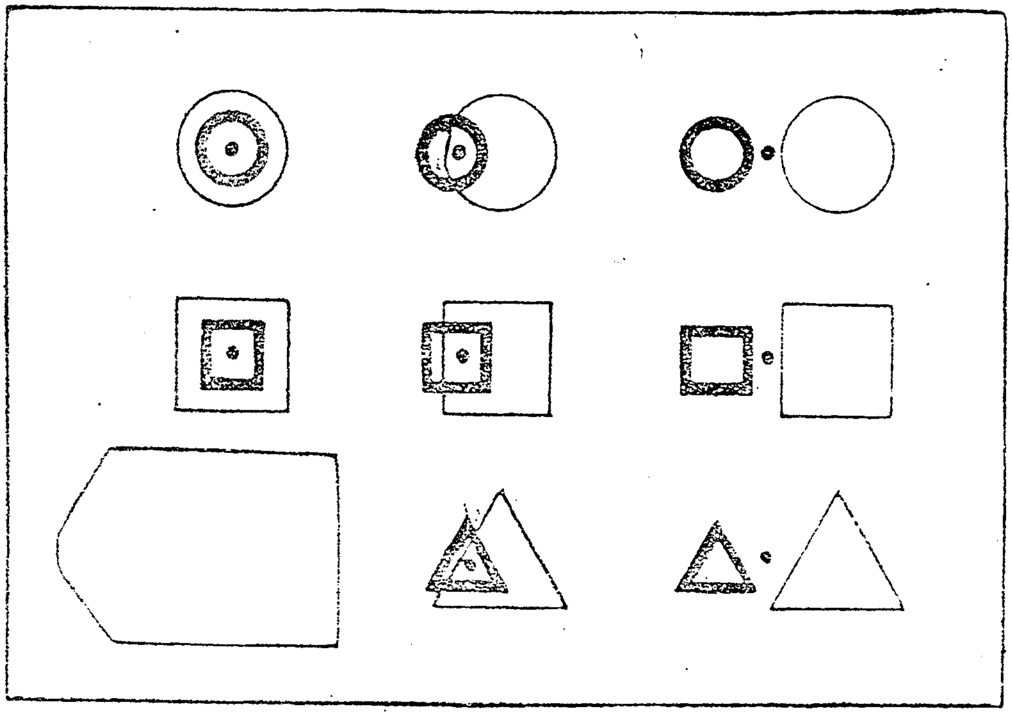


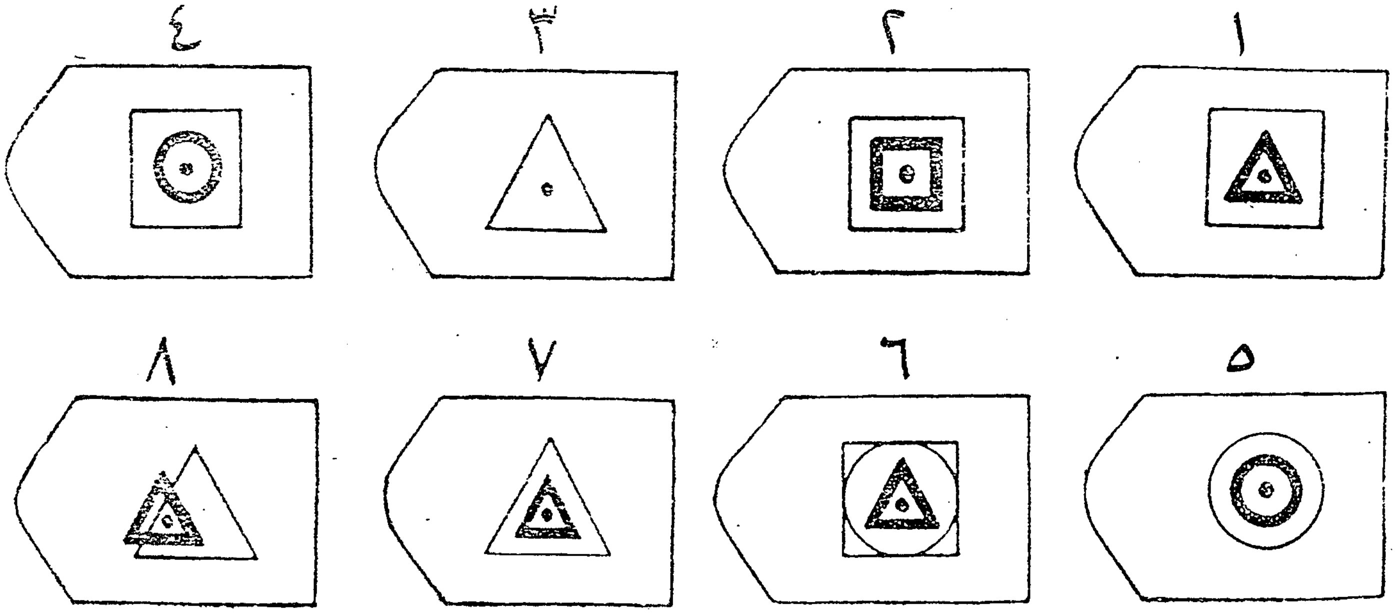
جـ ٨



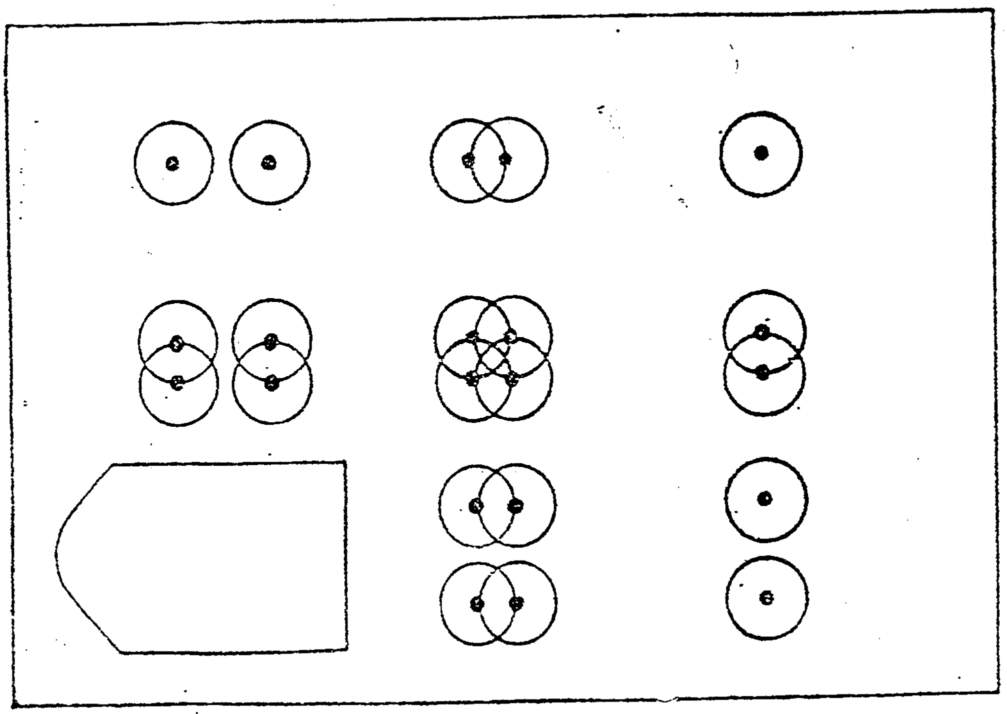


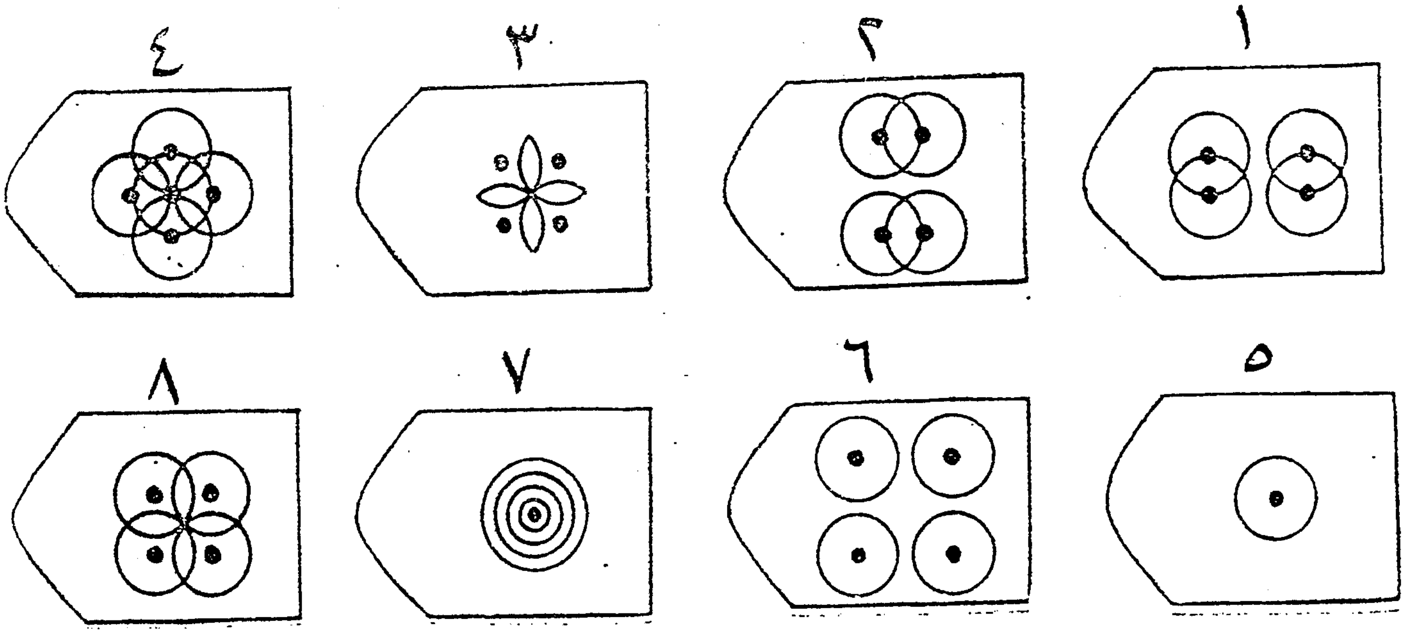
جـ ٩



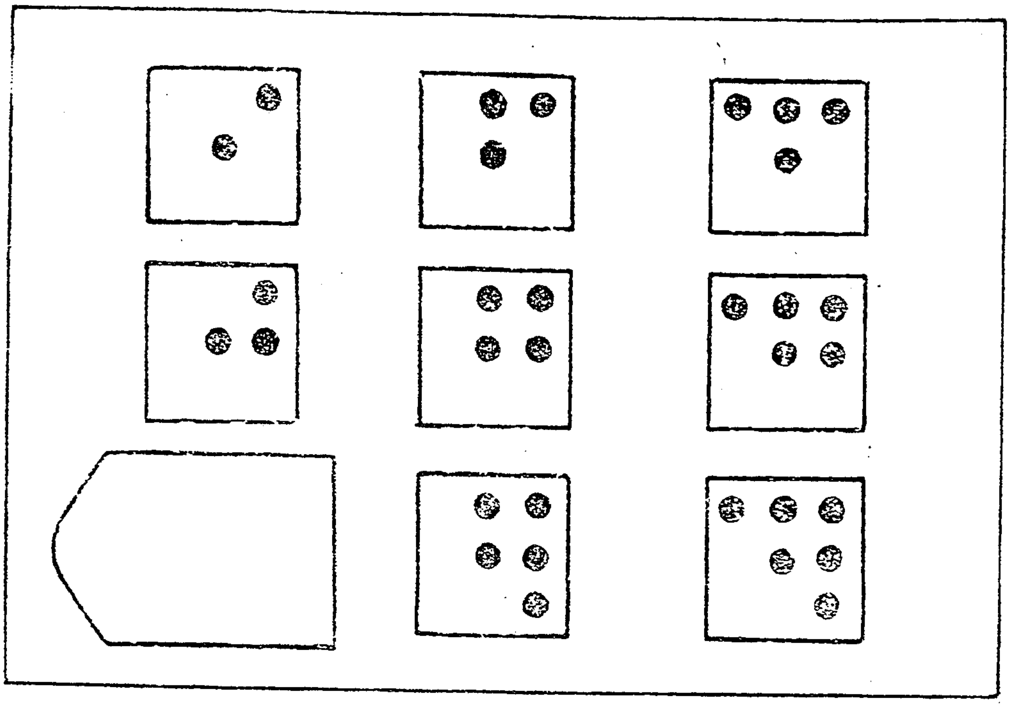


جـ١٠

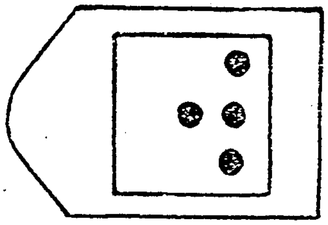




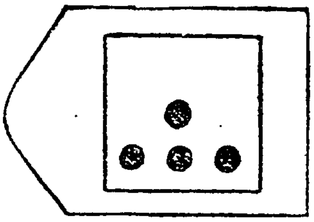
جـ١١



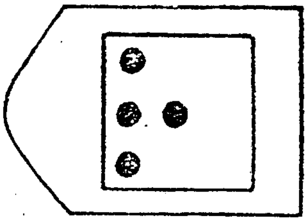
١



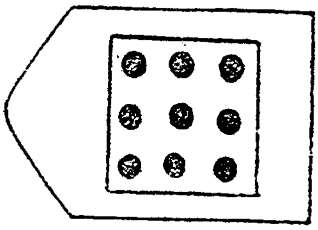
٢



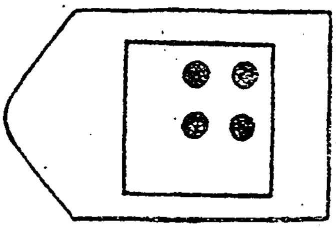
٣



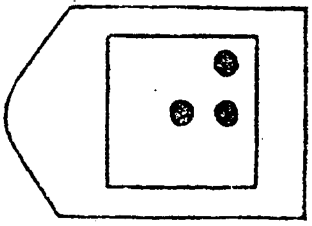
٤



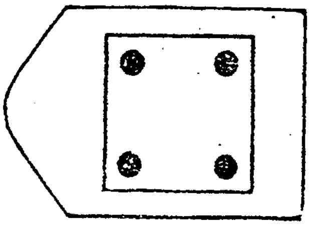
٥



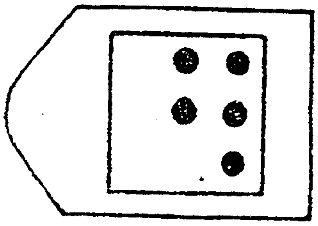
٦



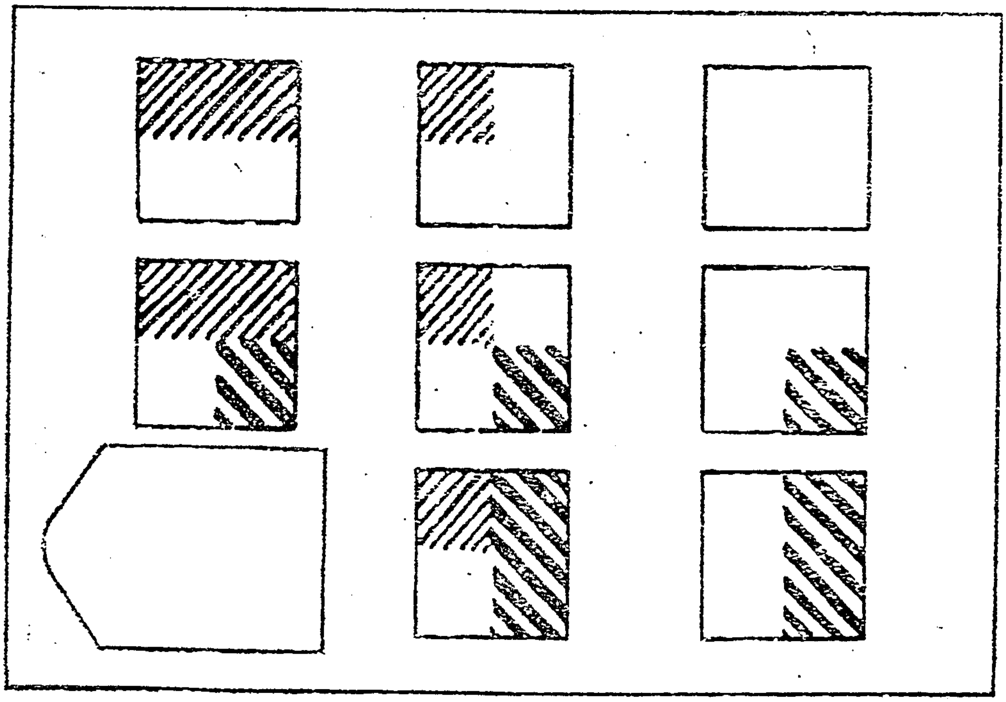
٧

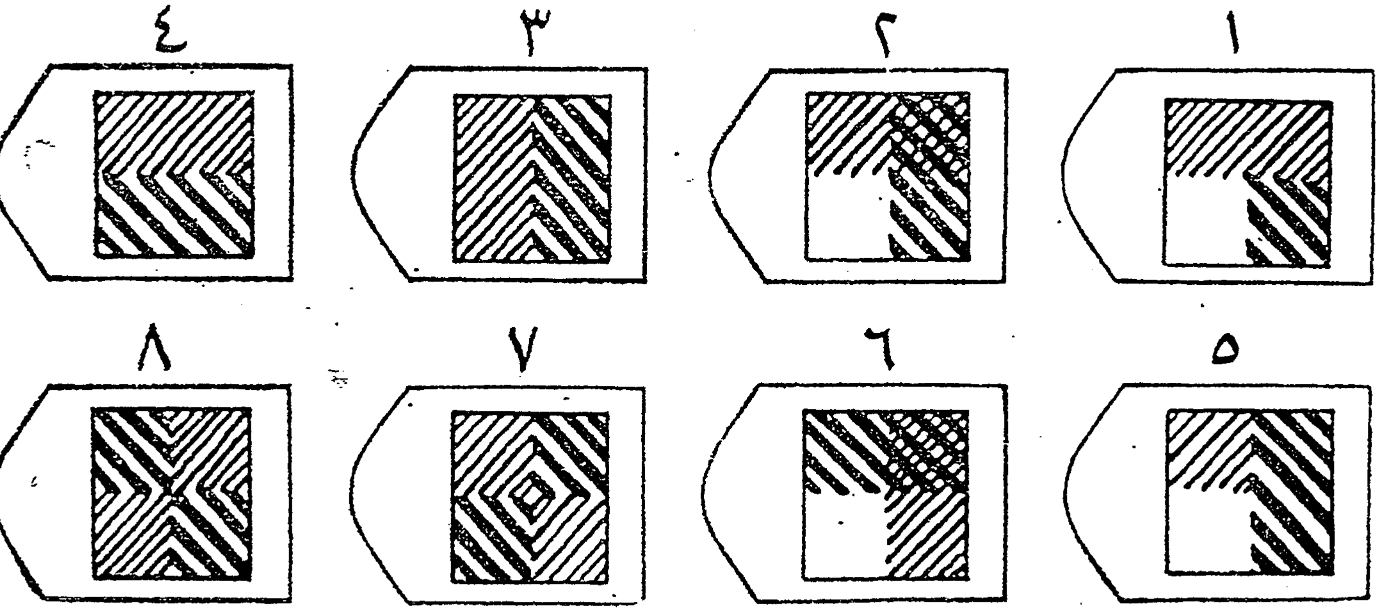


٨



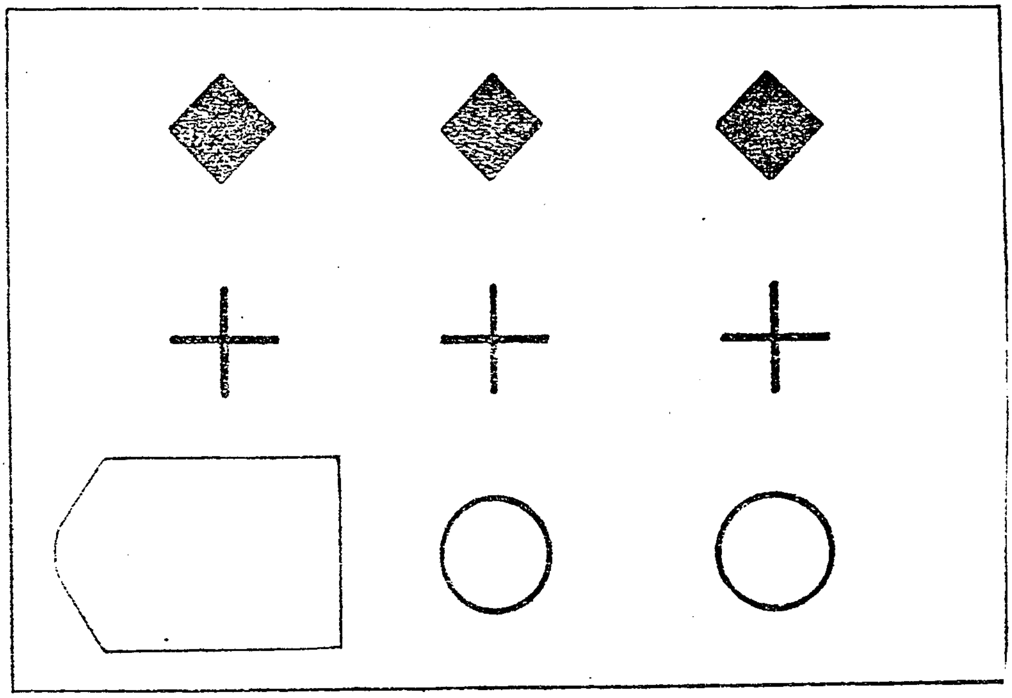
ج١٢

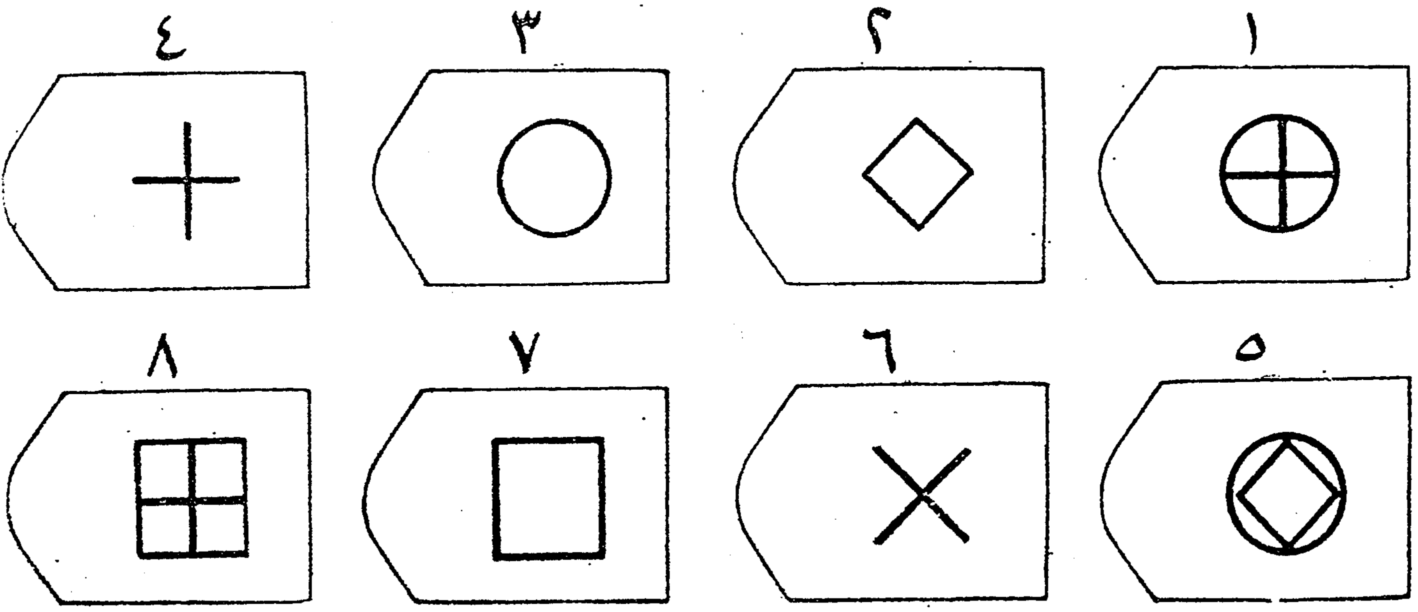




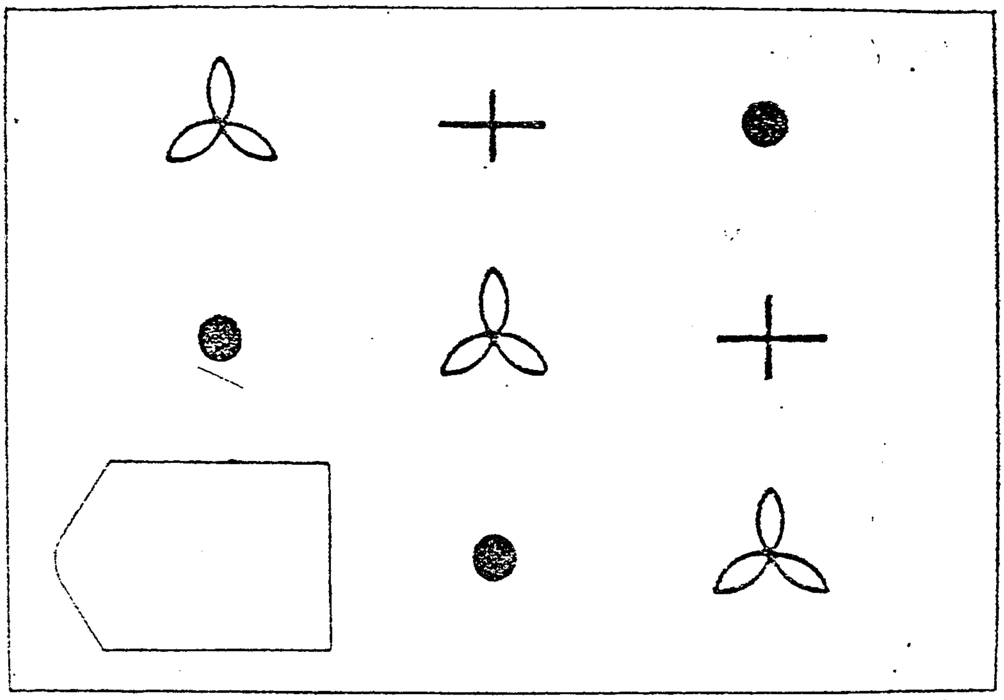
مجموعة د

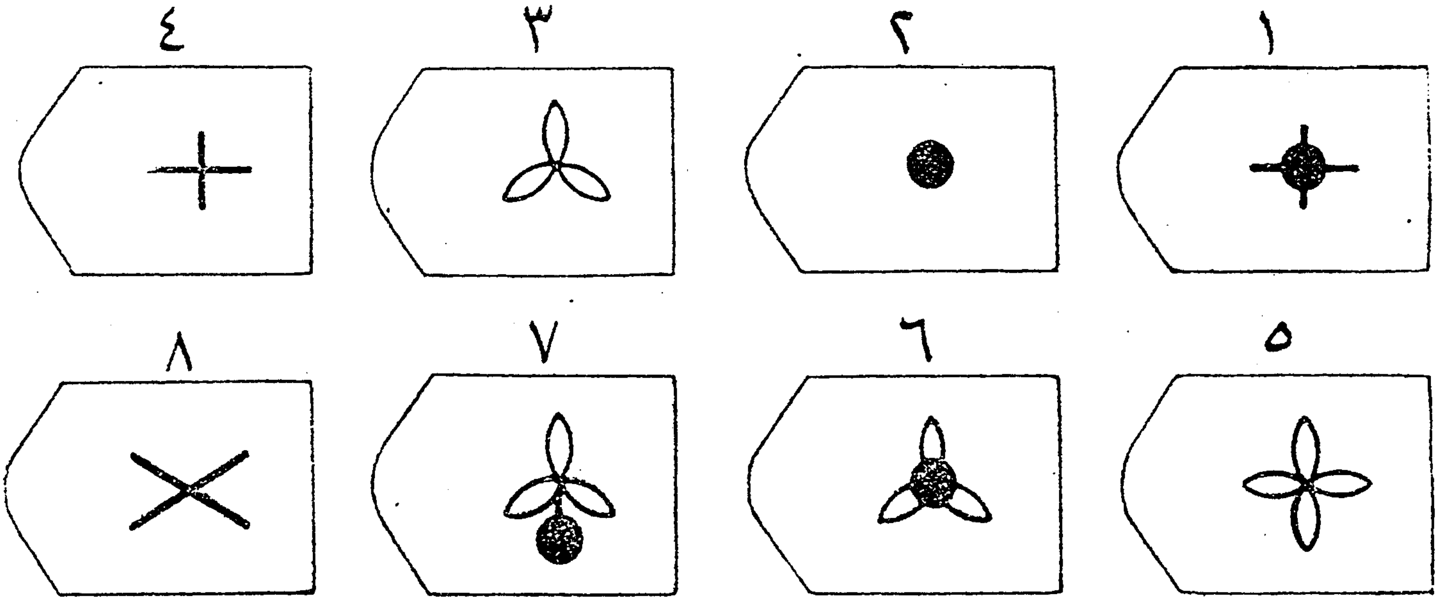
د١



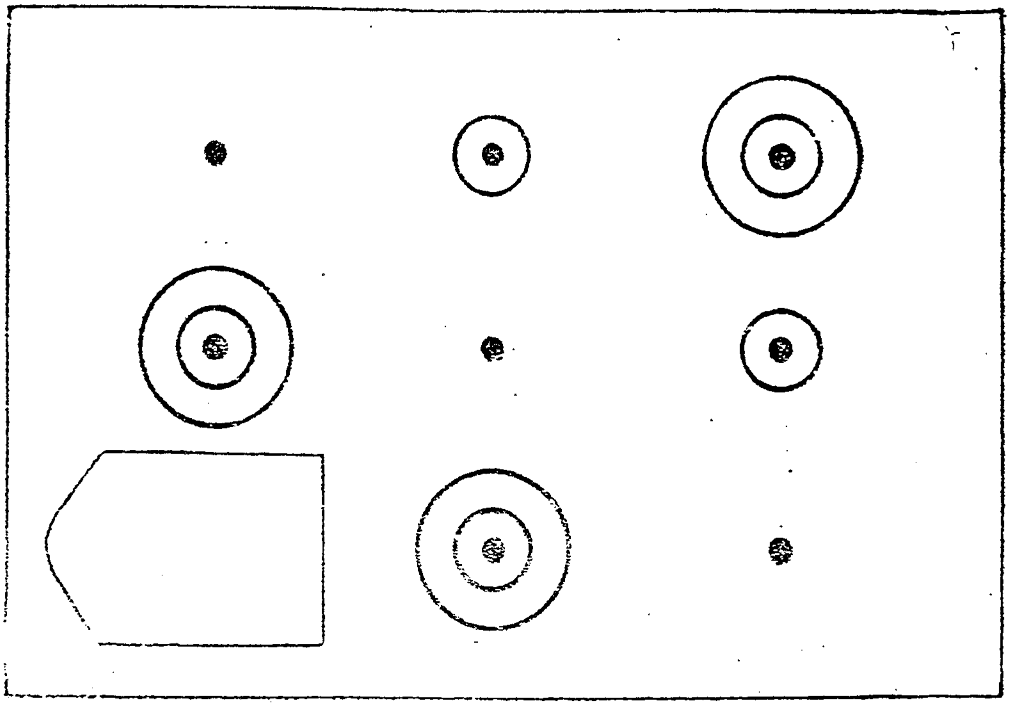


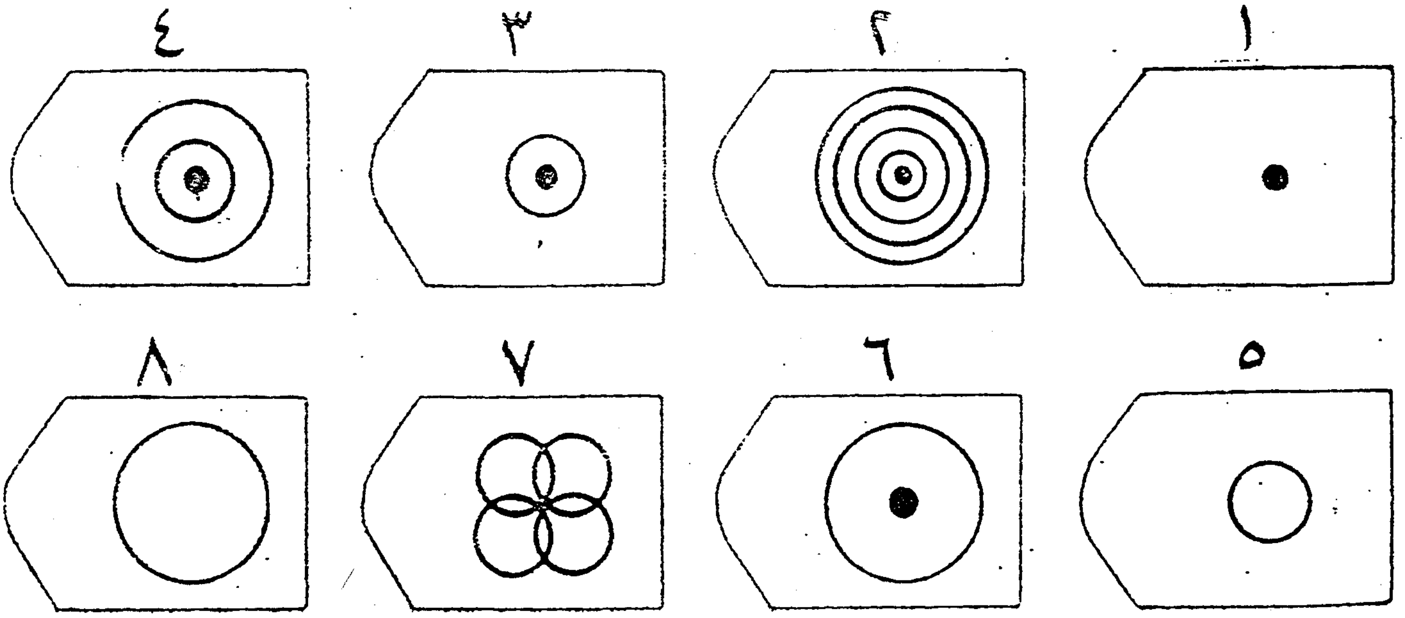
د٢



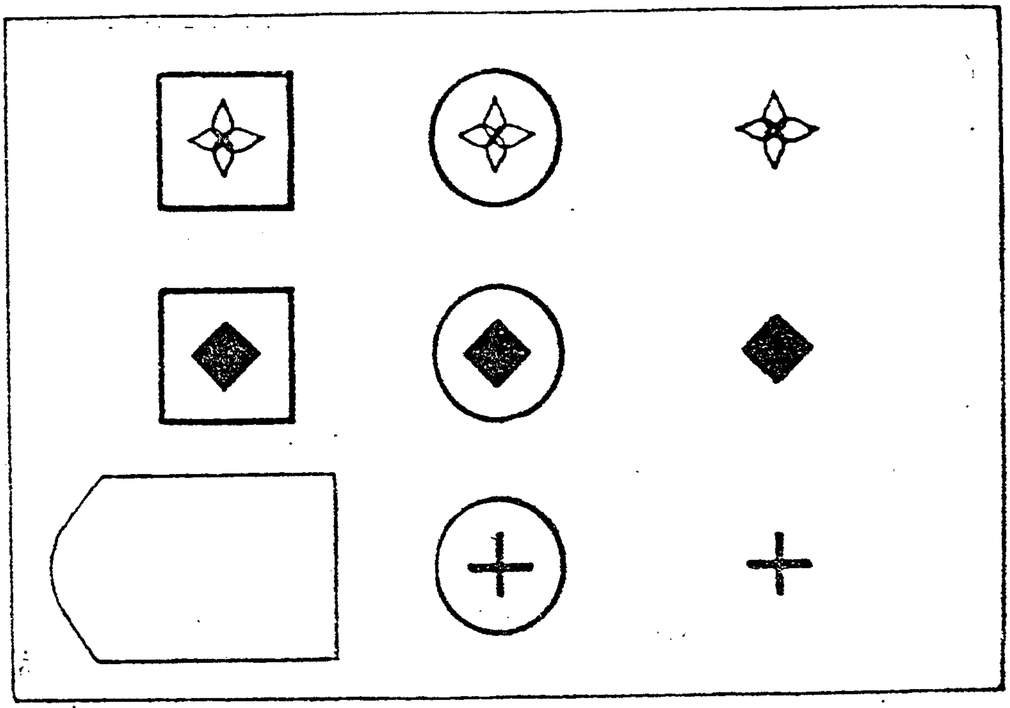


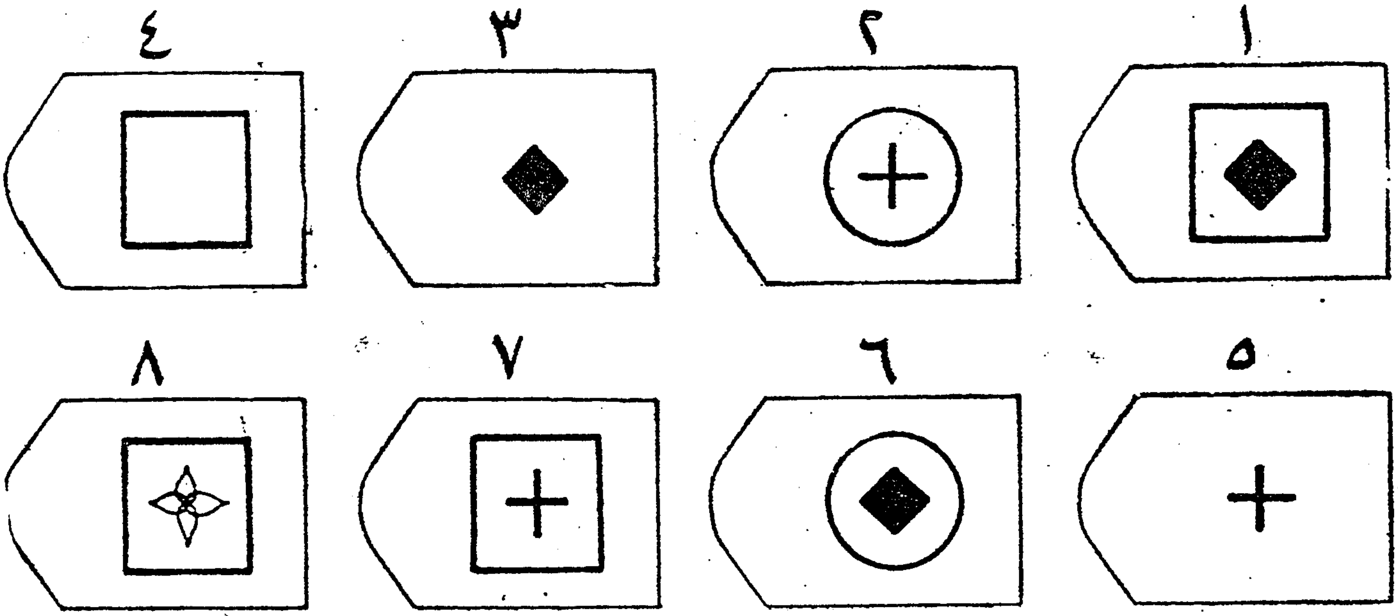
د٣



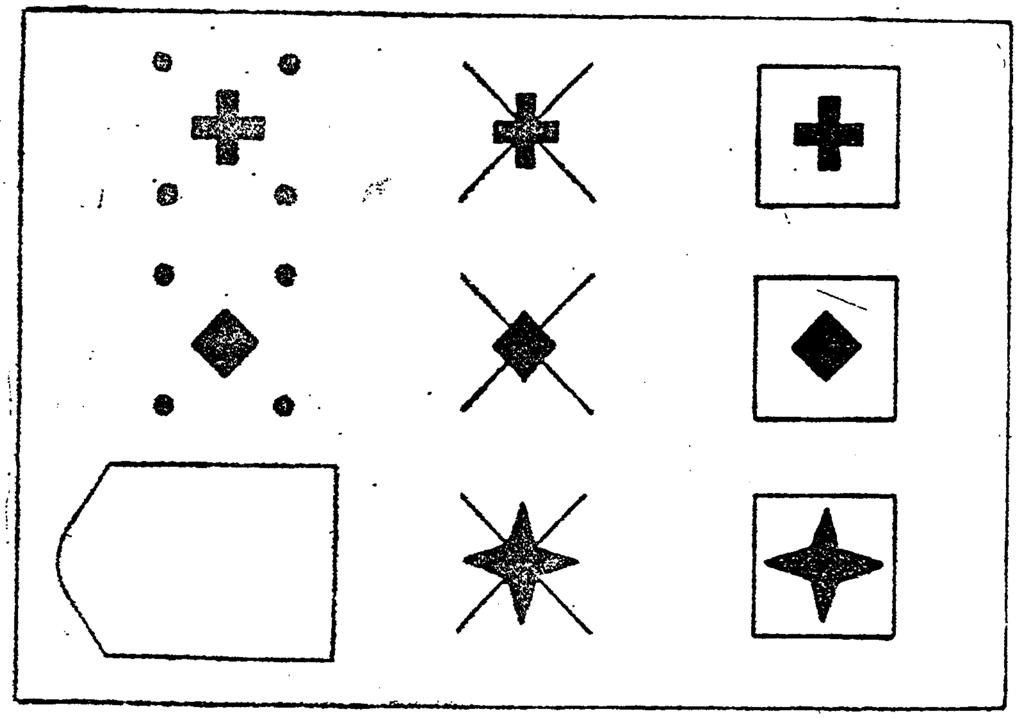


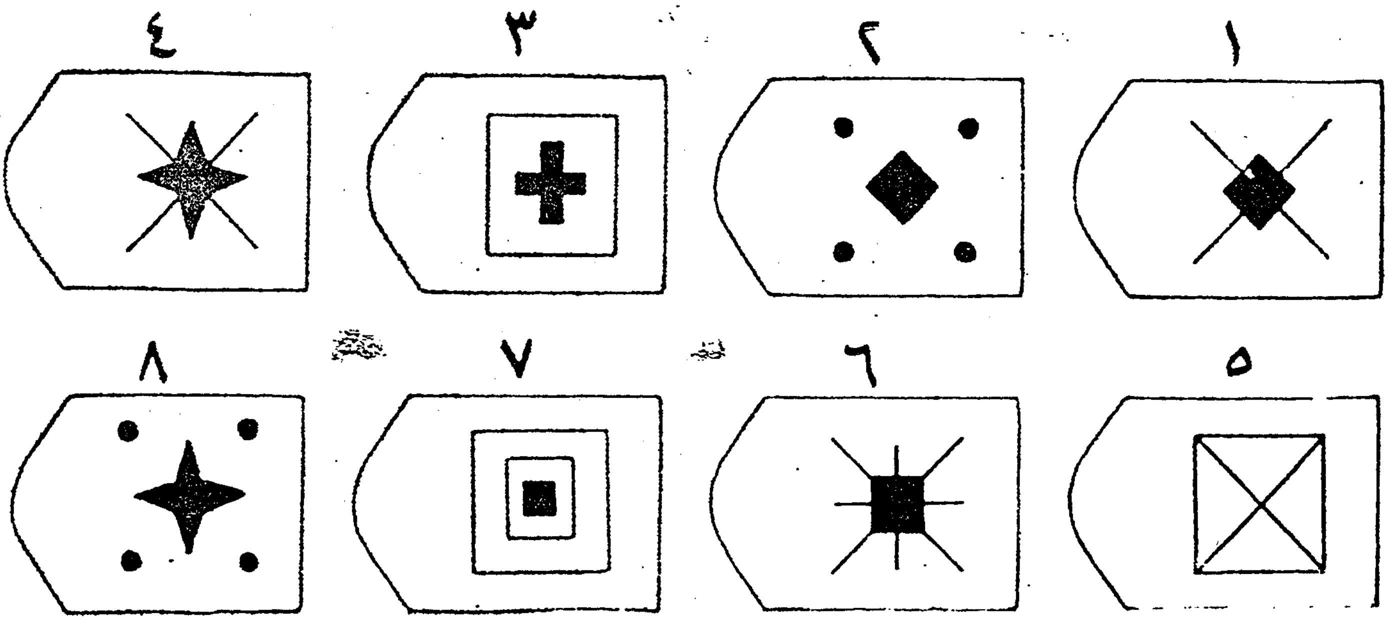
د٤



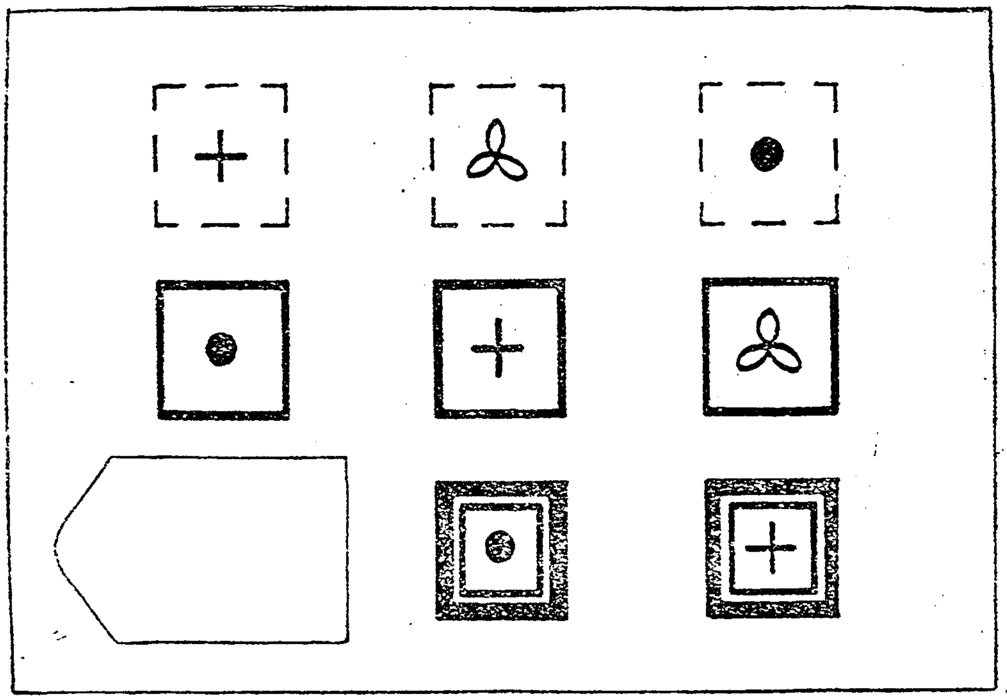


د ٥

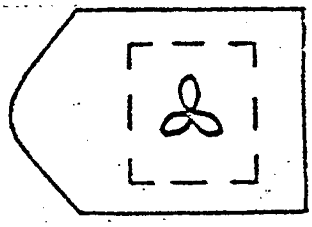




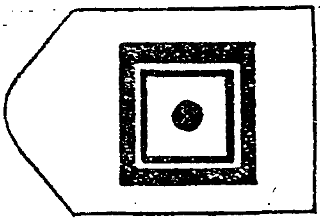
د ٦



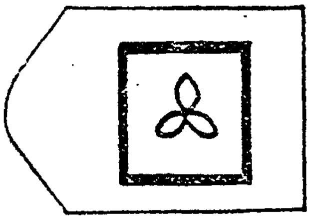
١



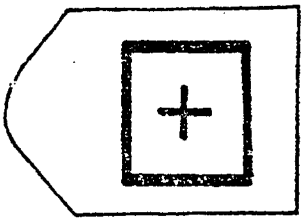
٢



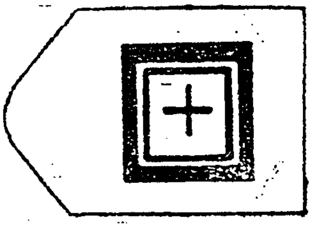
٣



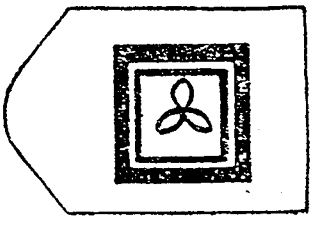
٤



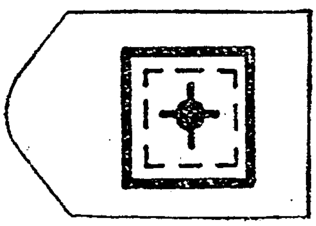
٥



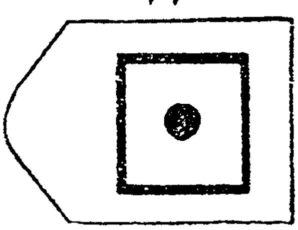
٦



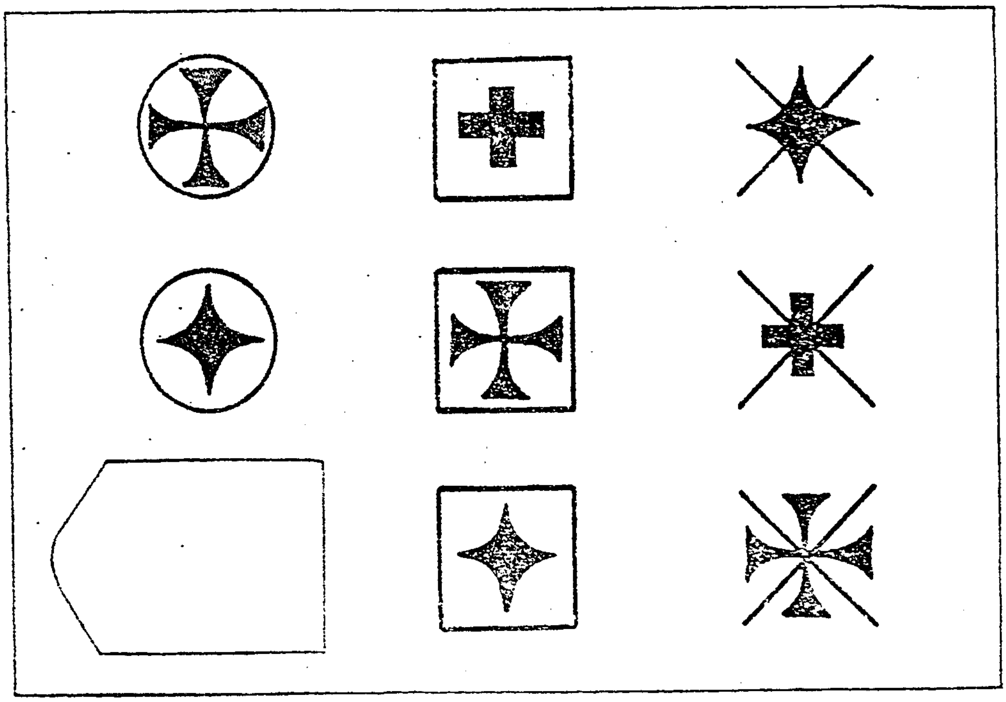
٧

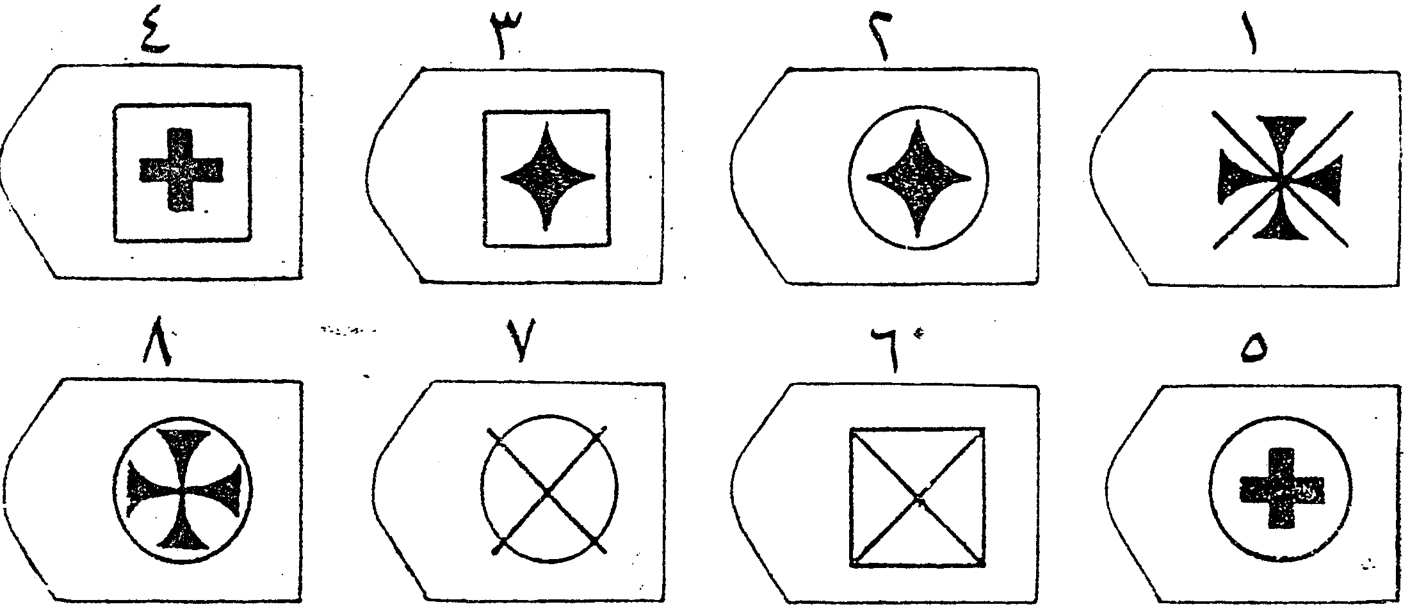


٨

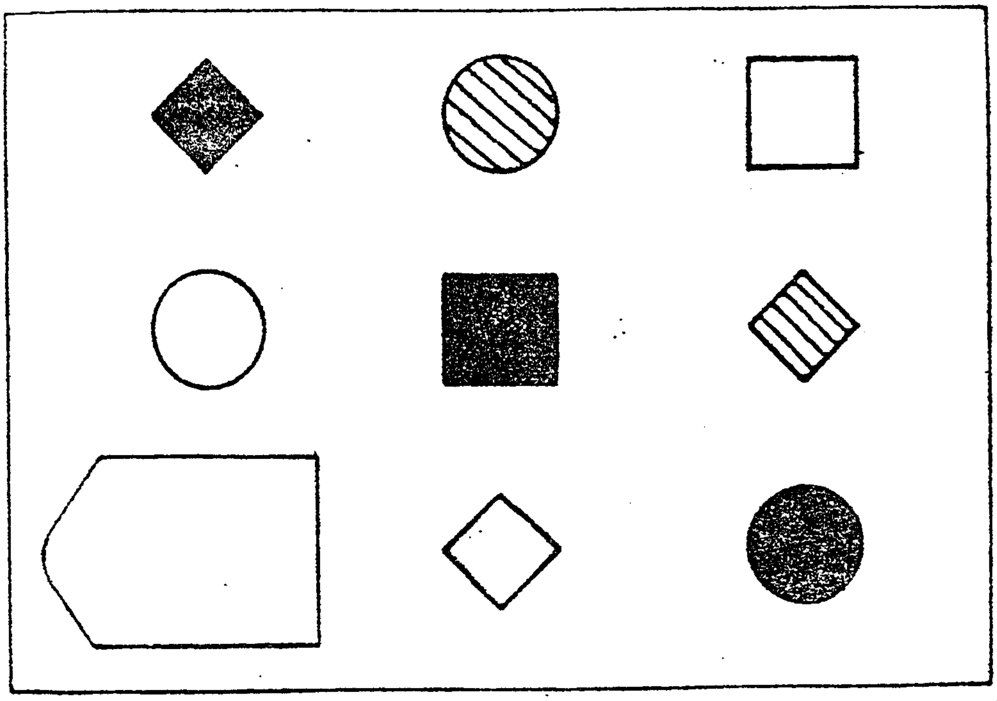


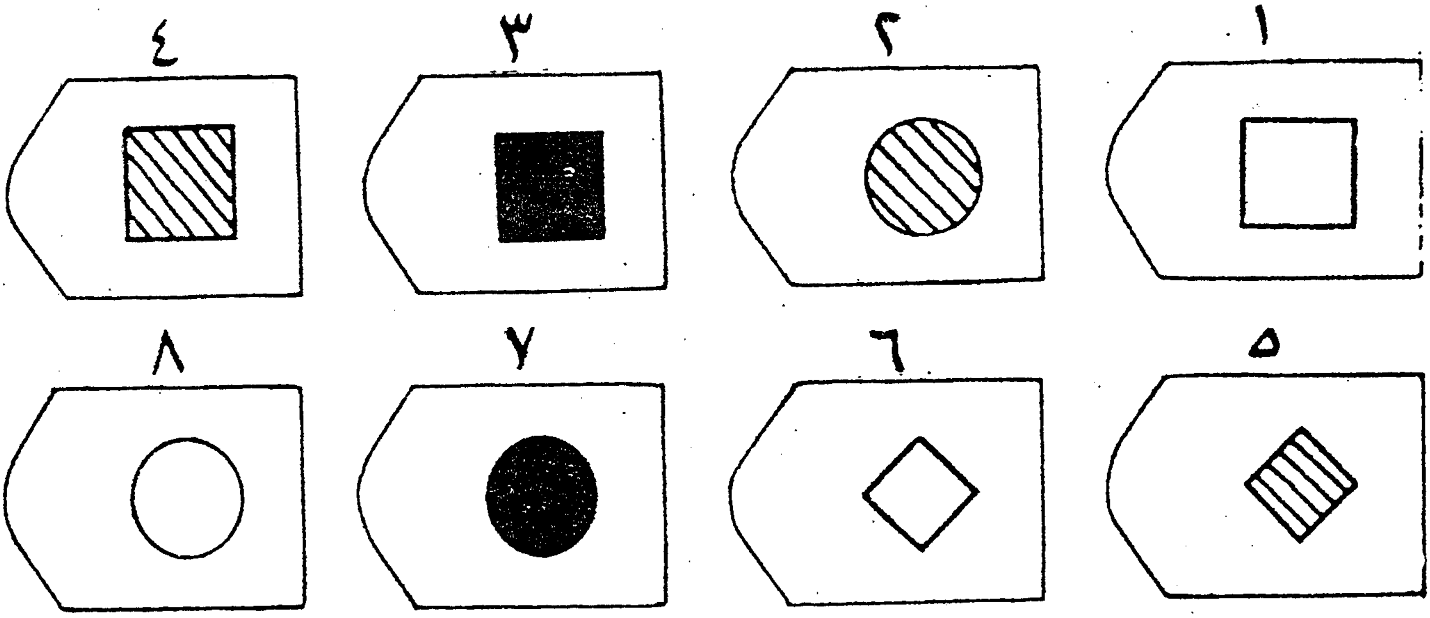
د ٧



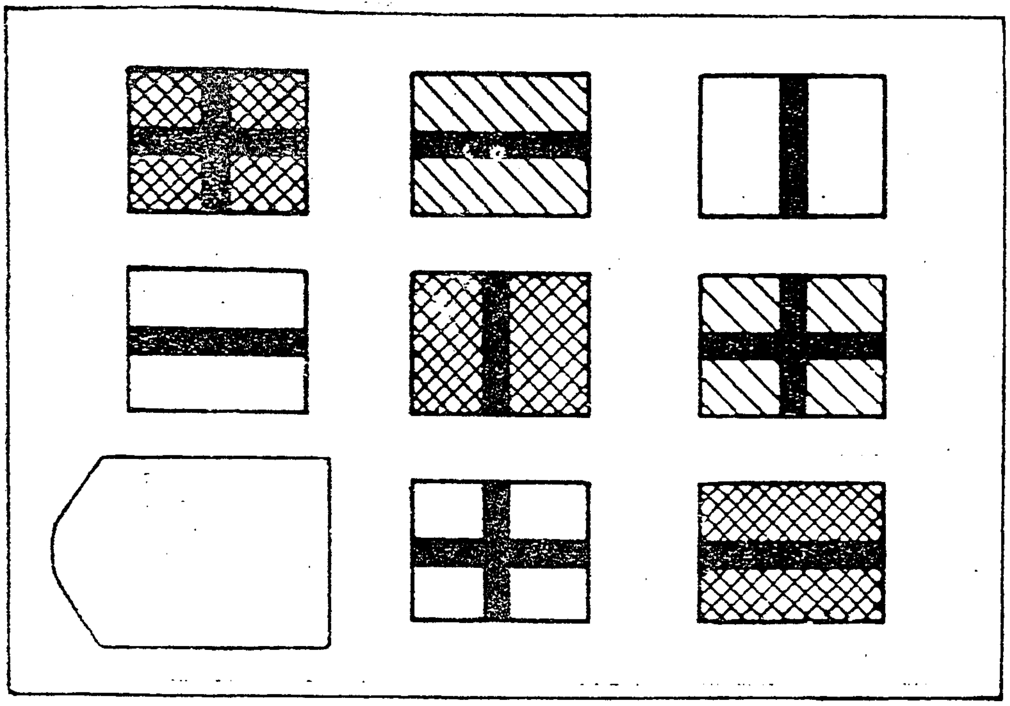


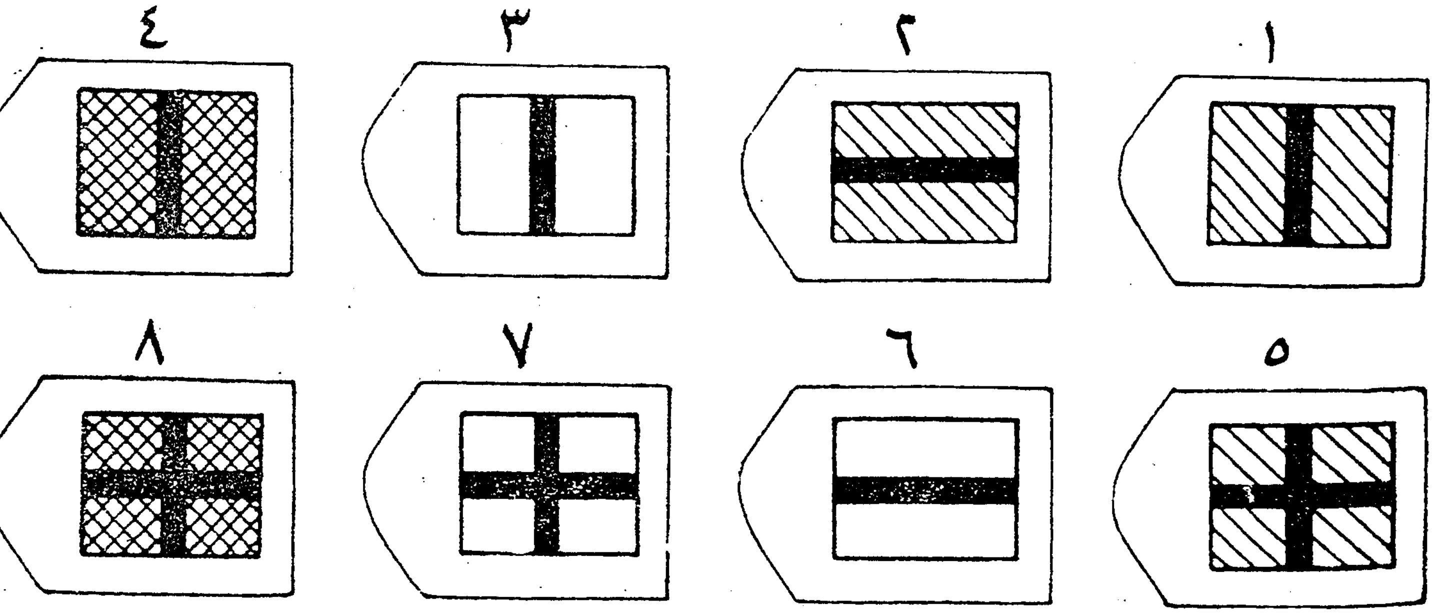
د ٨



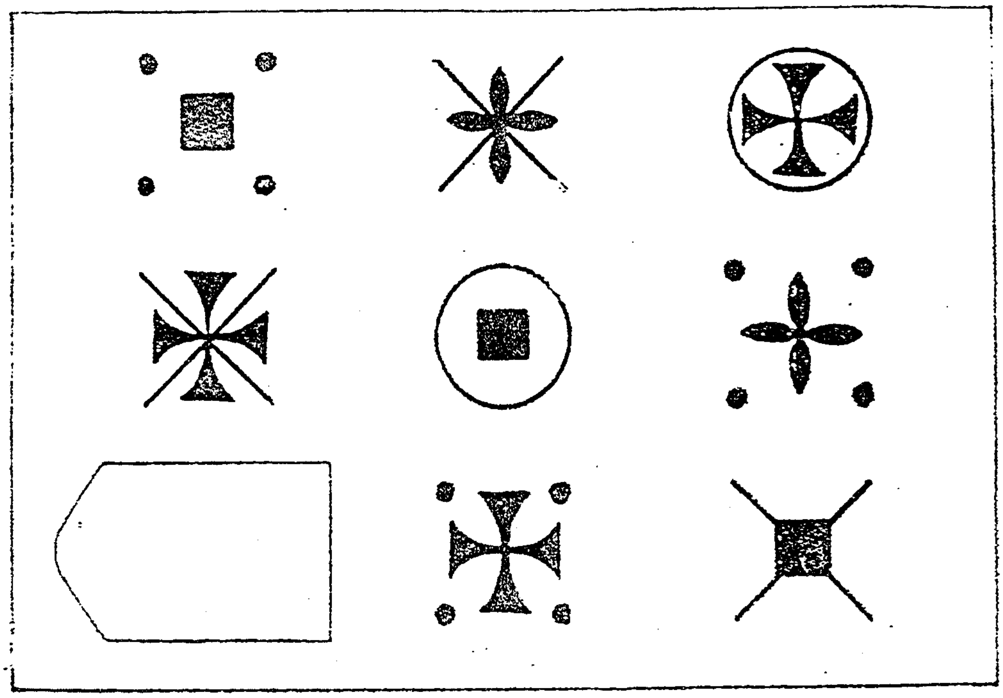


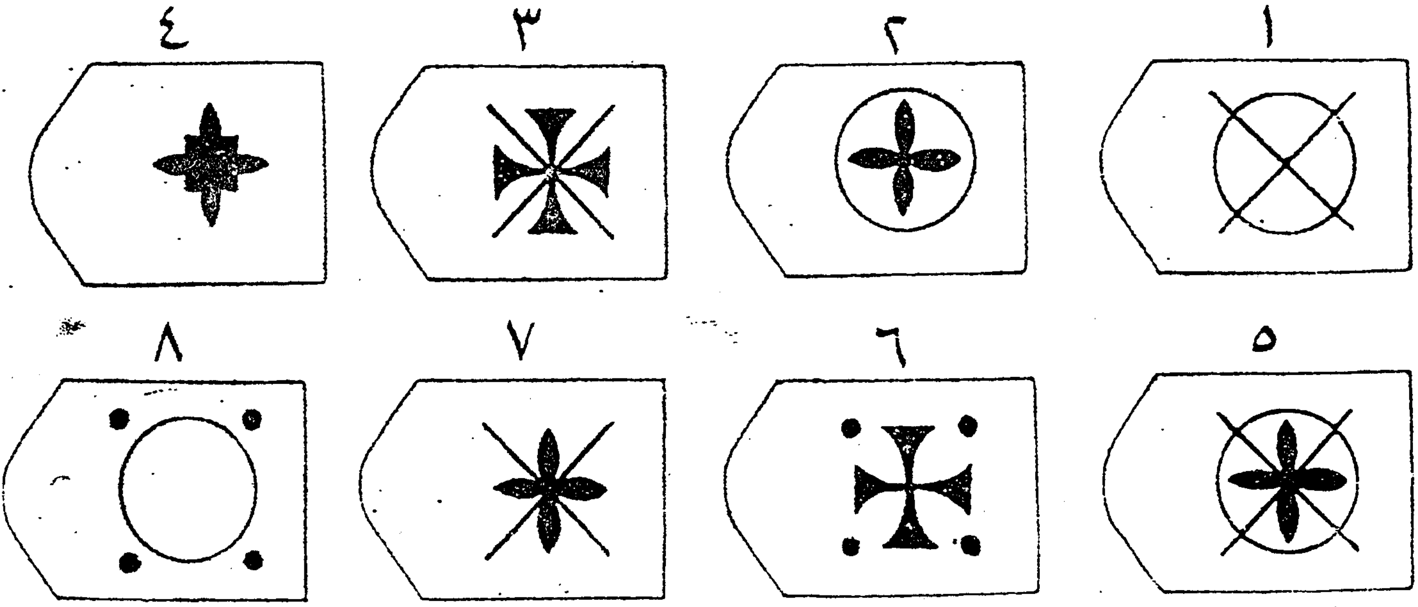
د٩



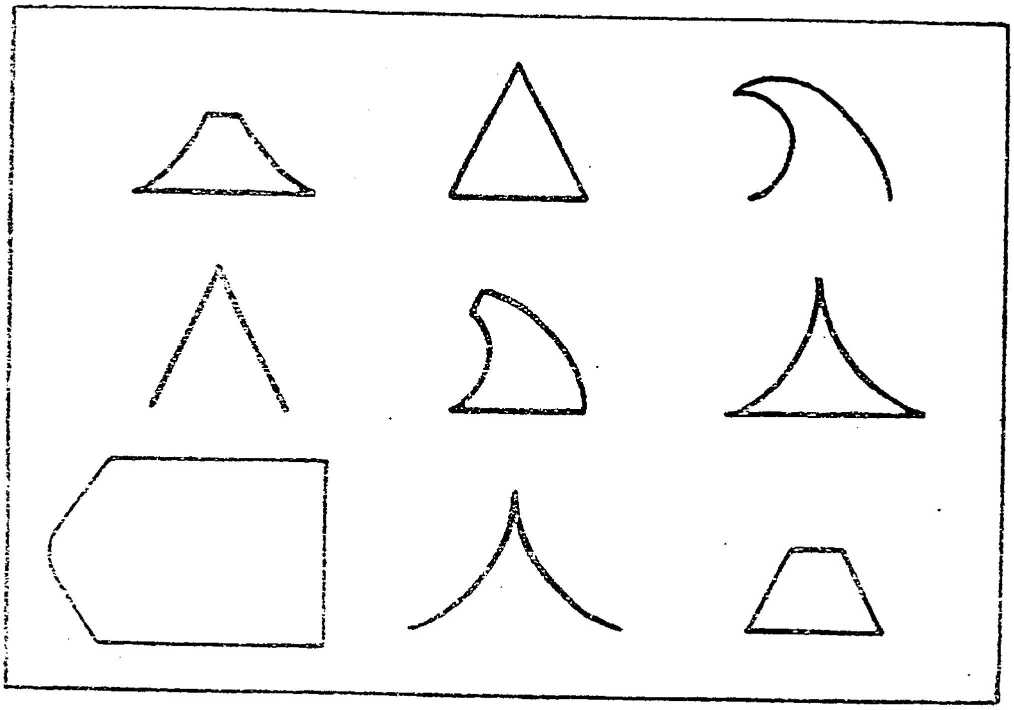


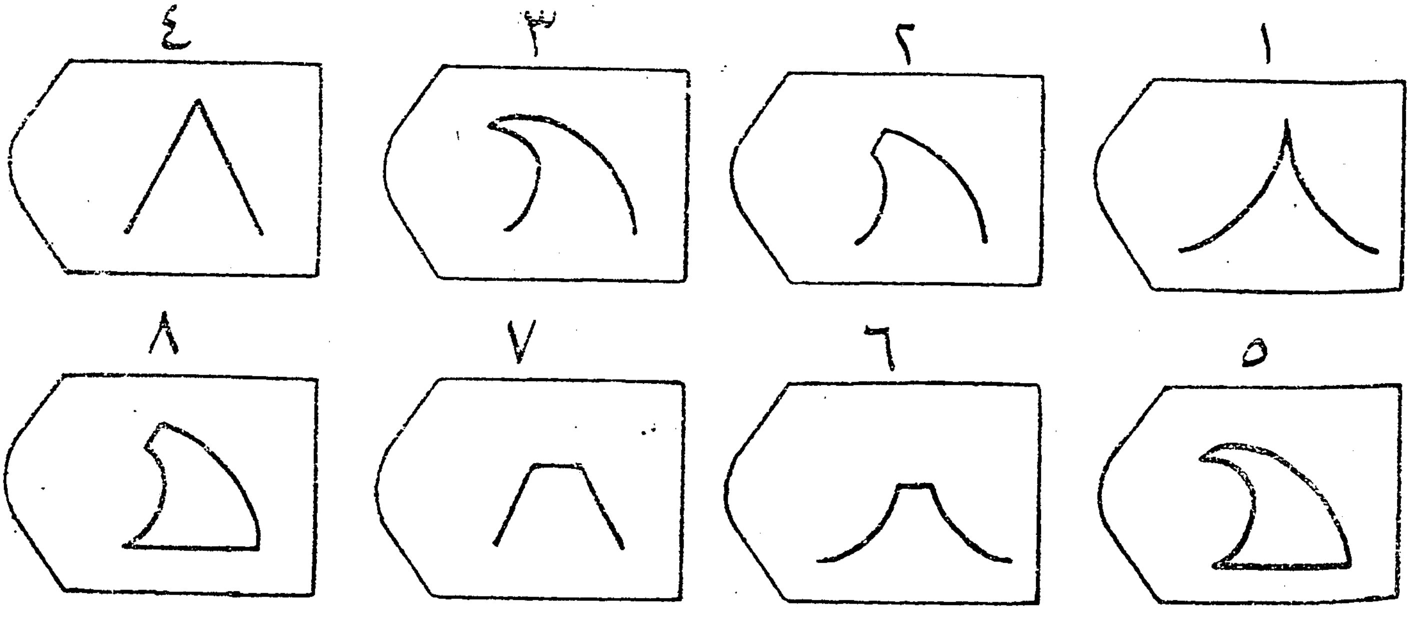
د ١٠



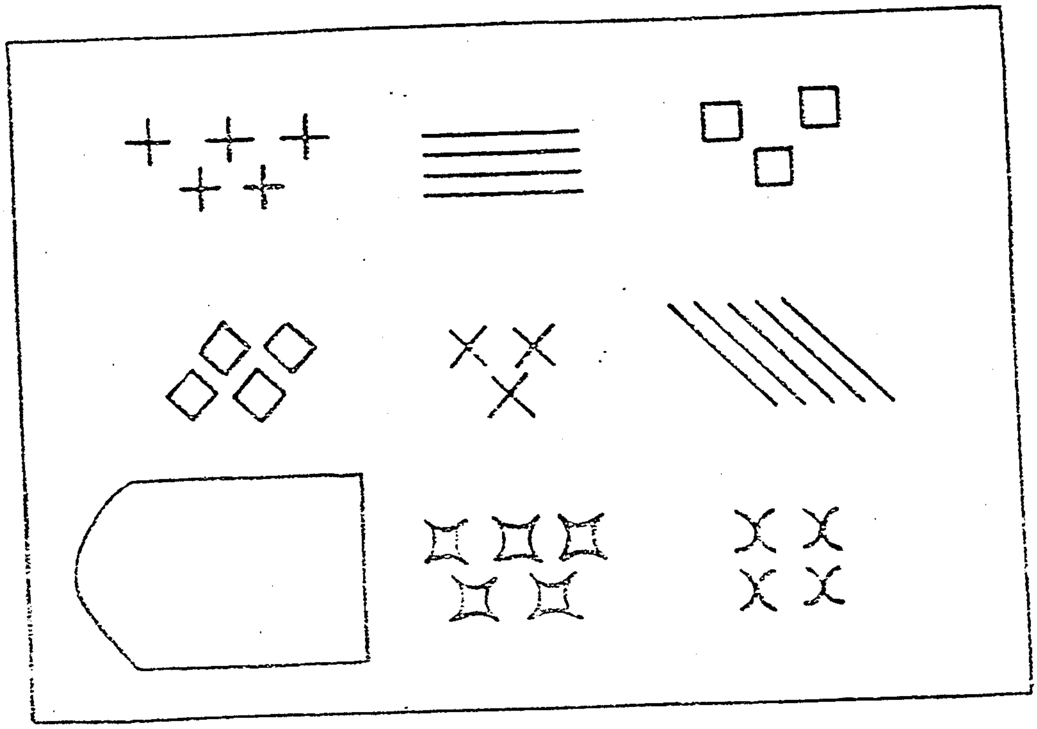


د ١١

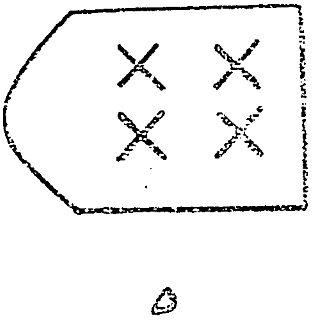




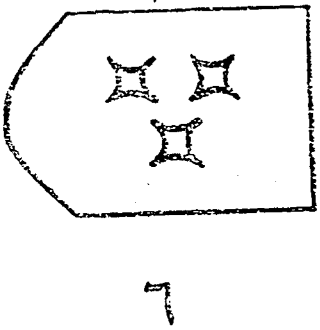
م١٢



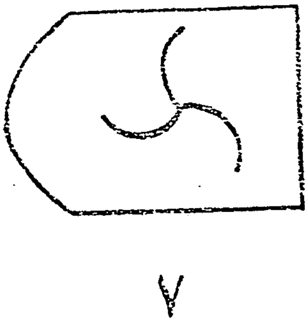
١



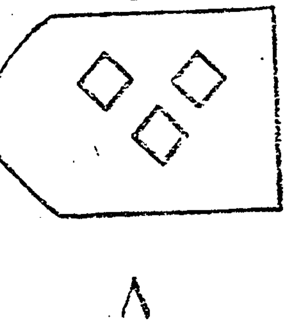
٢



٣



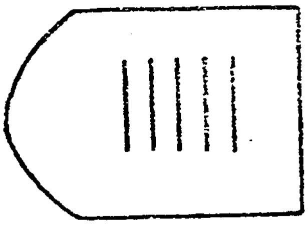
٤



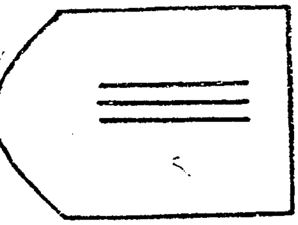
٥

٦

٧

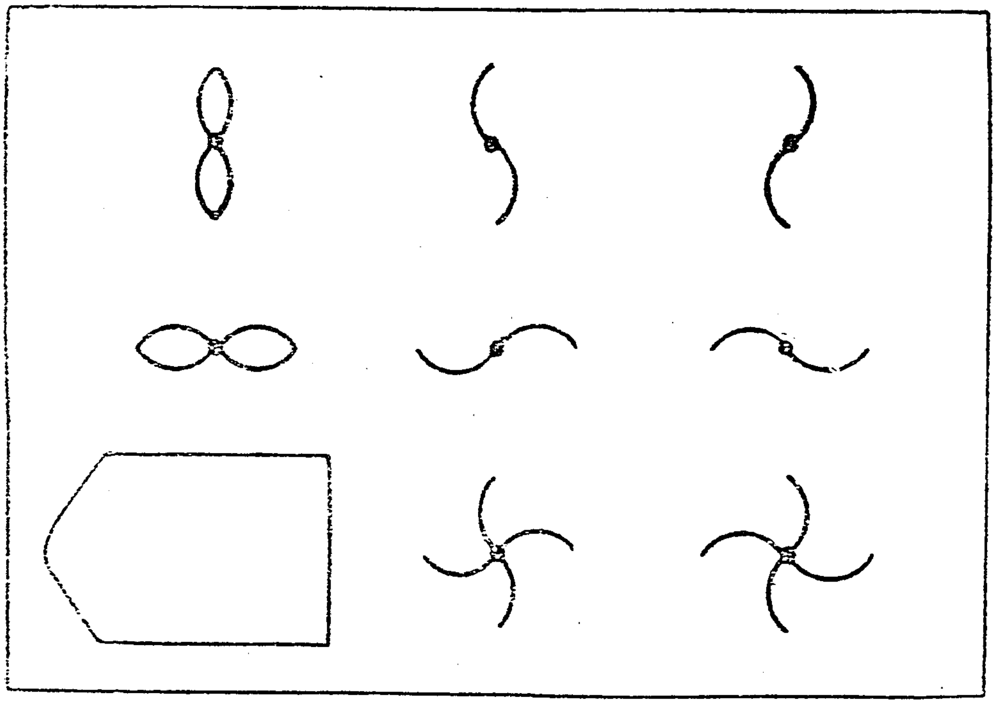


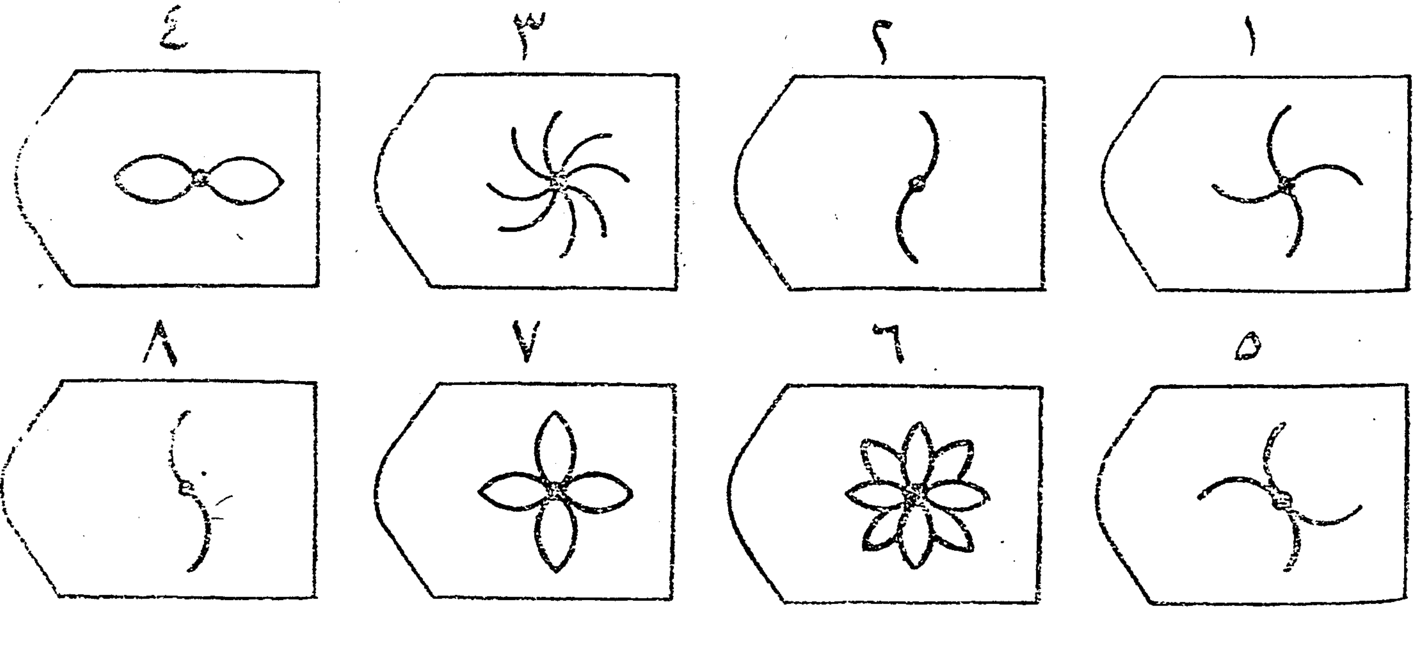
٨



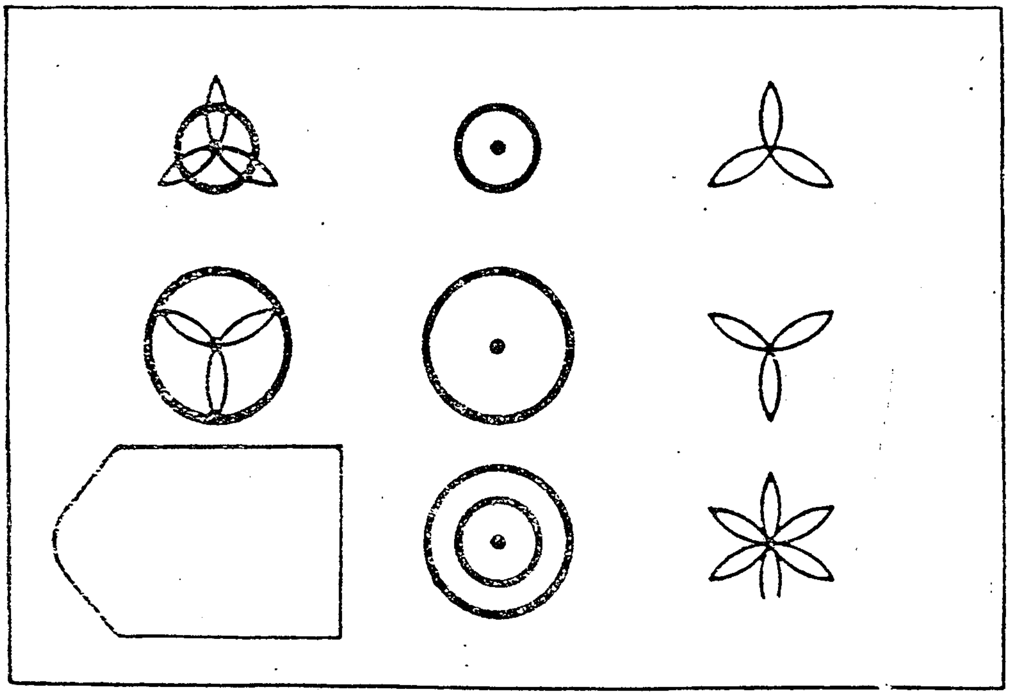
مجموعة هـ

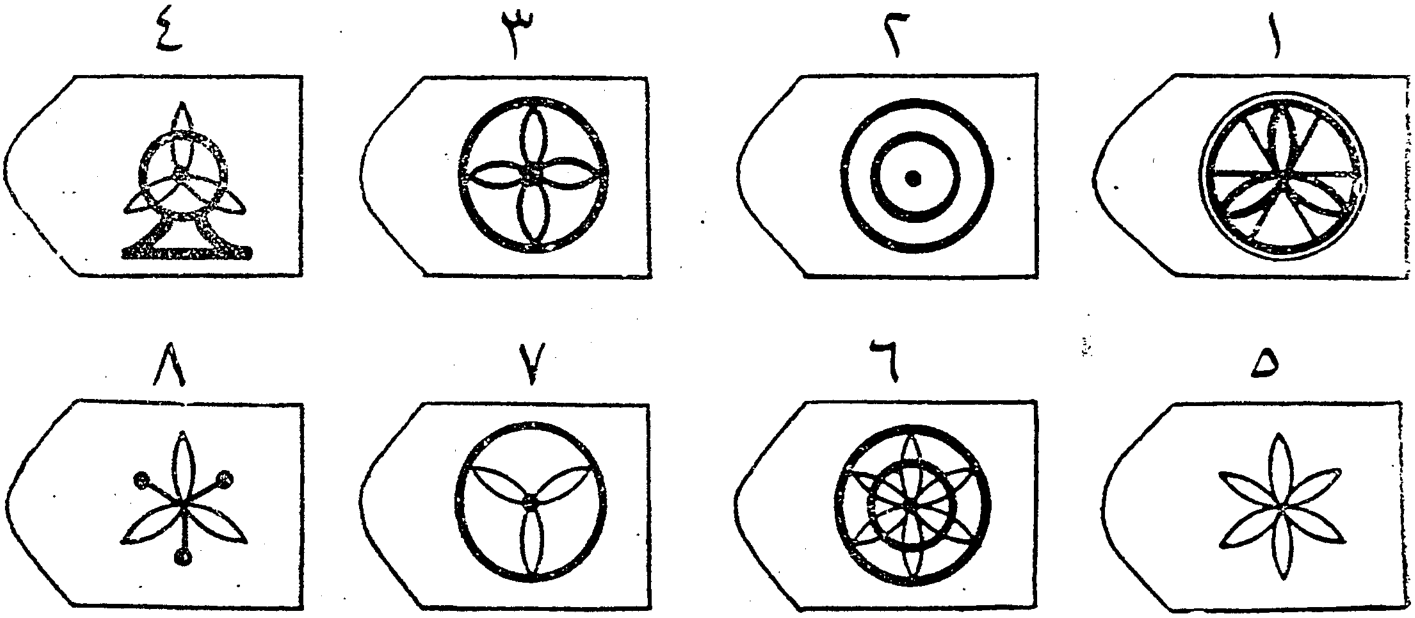
هـ ١



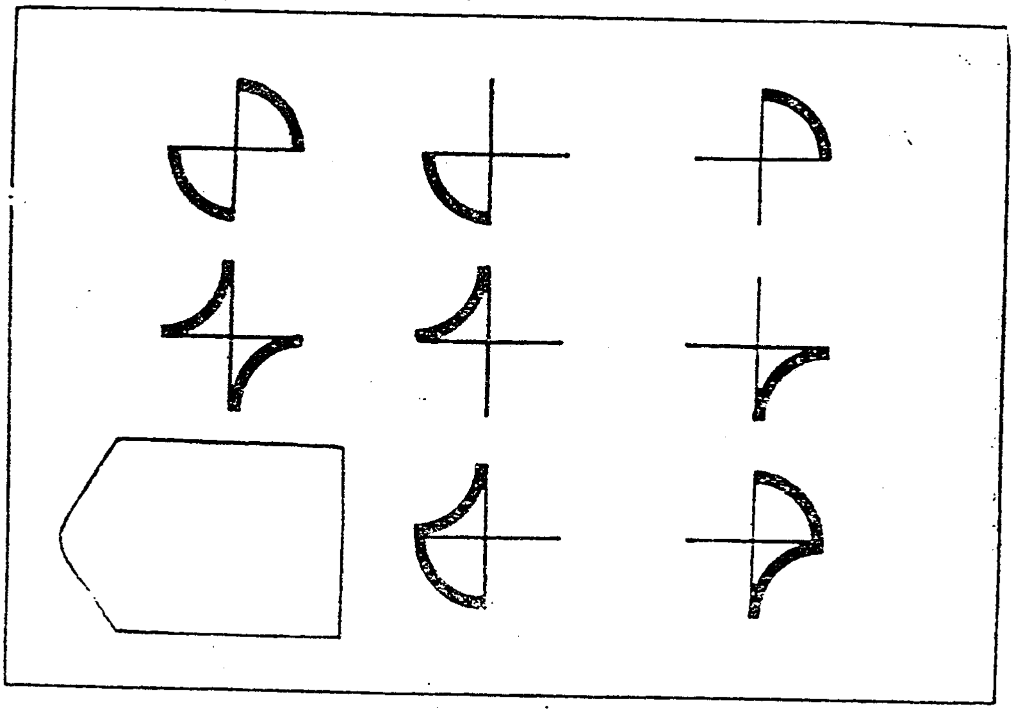


هـ ٢

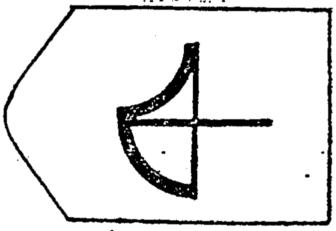




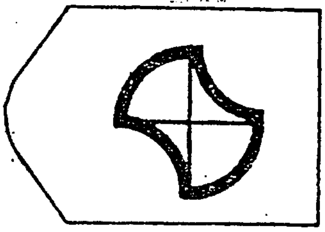
هـ ٣



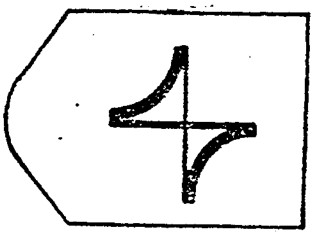
١



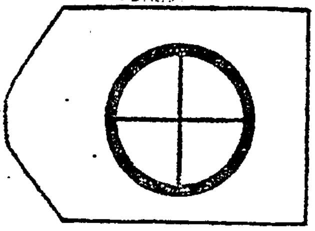
٢



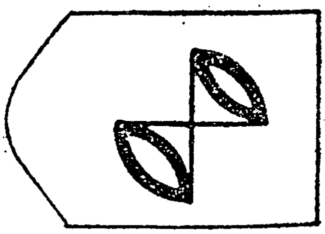
٣



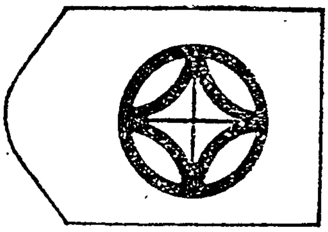
٤



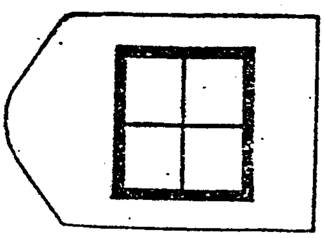
٥



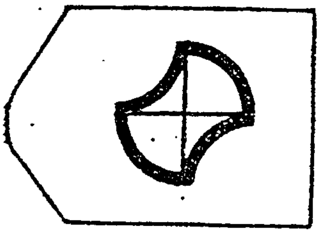
٦



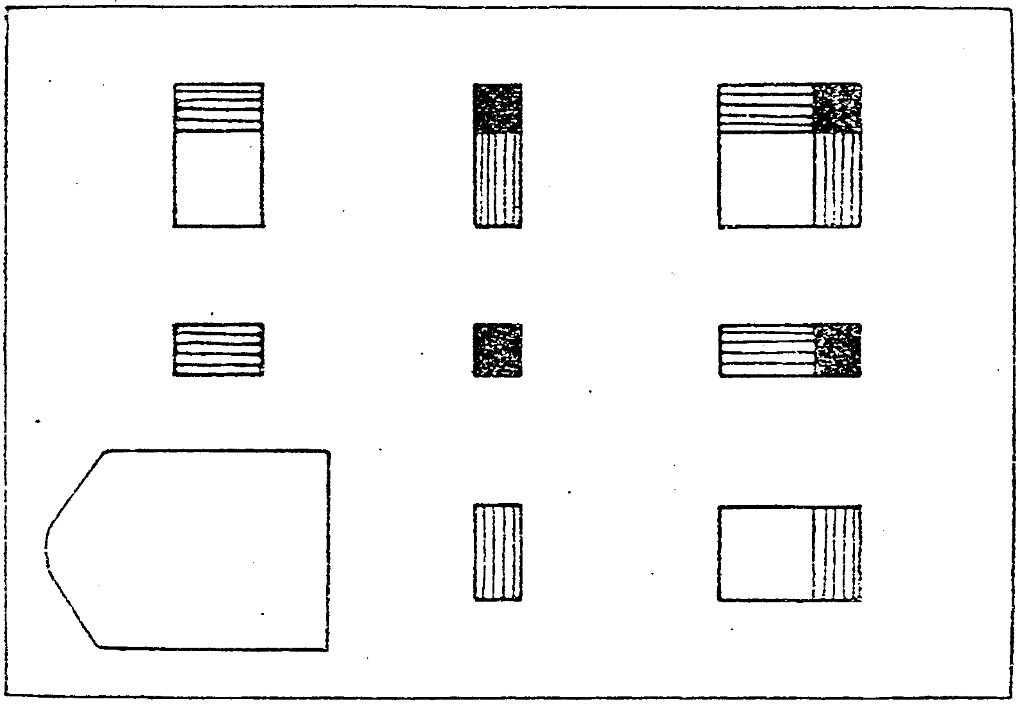
٧



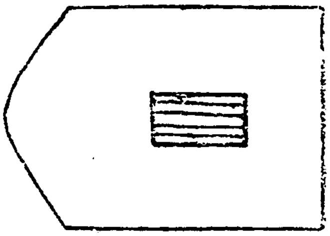
٨



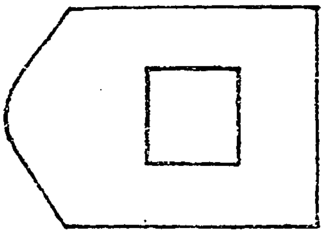
هـ ٤



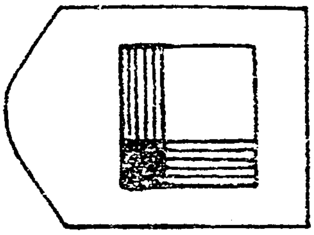
١



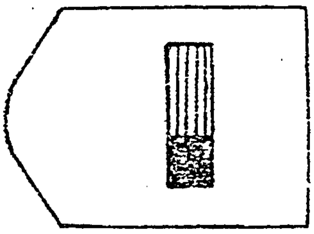
٢



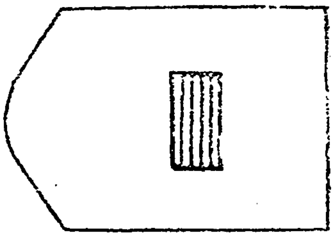
٣



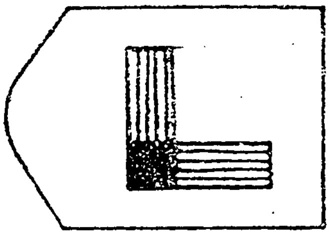
٤



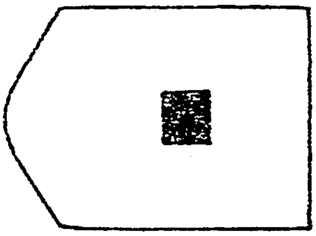
٥



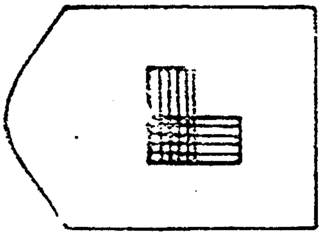
٦



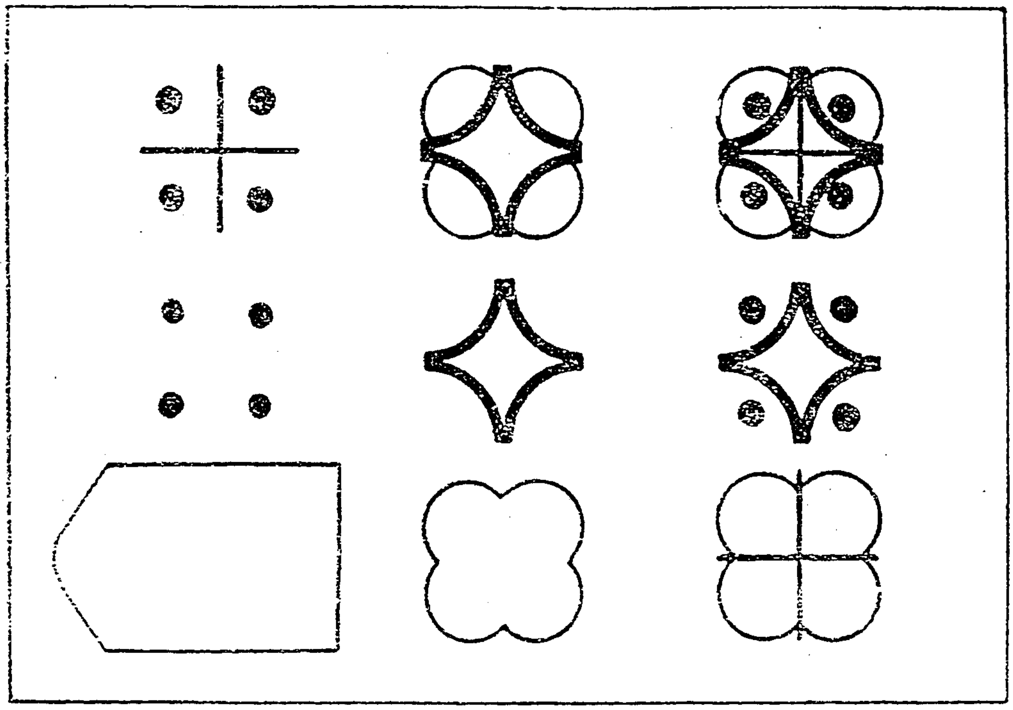
٧



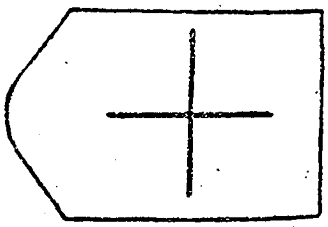
٨



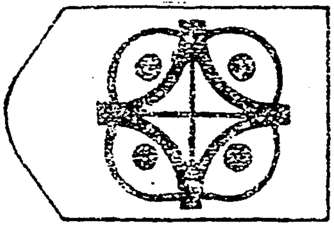
هـ٥



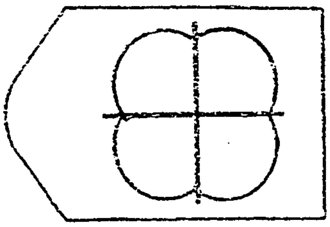
١



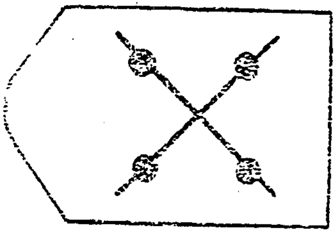
٢



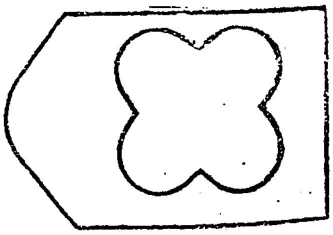
٣



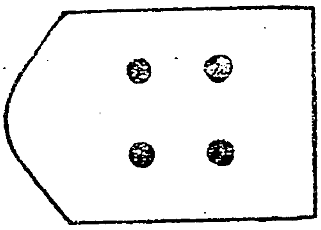
٤



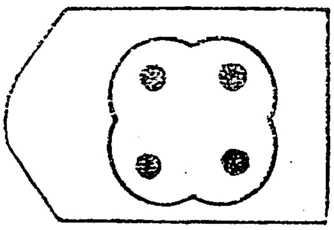
٥



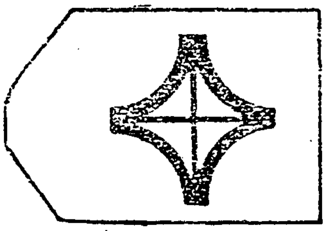
٦



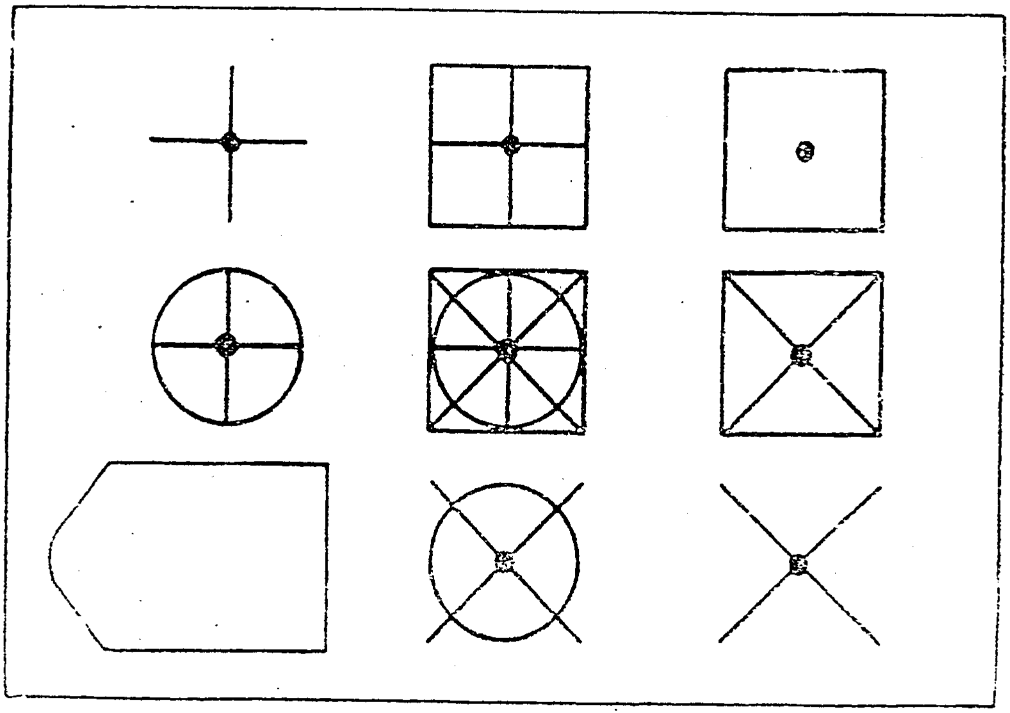
٧

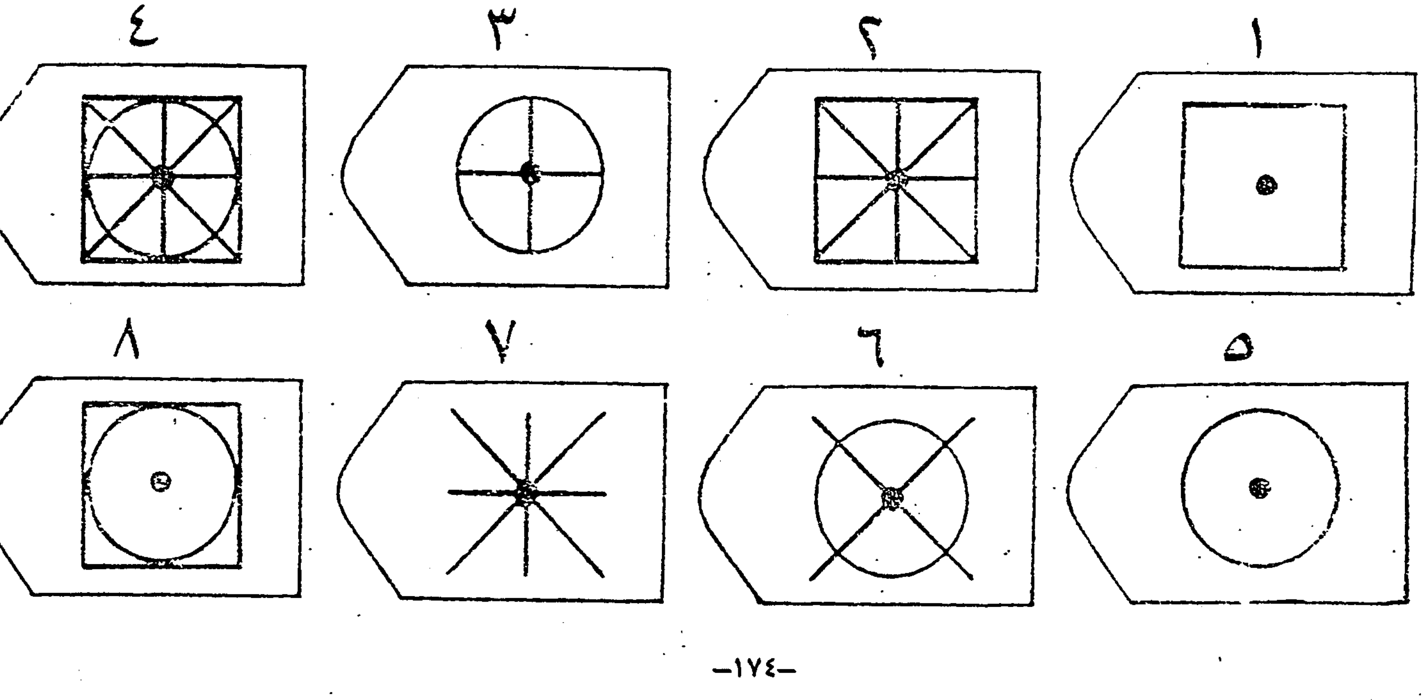


٨

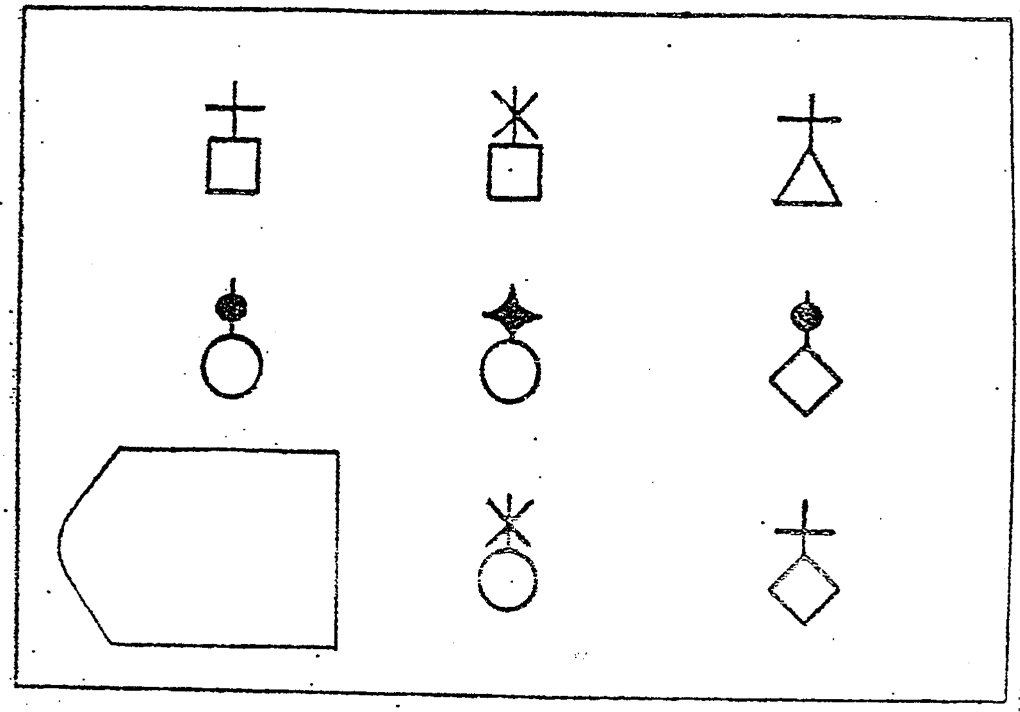


هـ٦

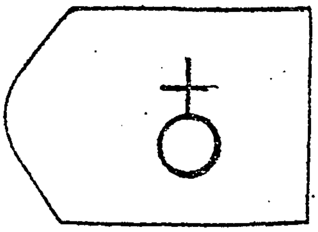




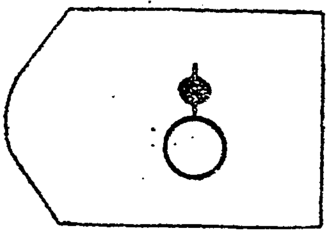
هـ٧



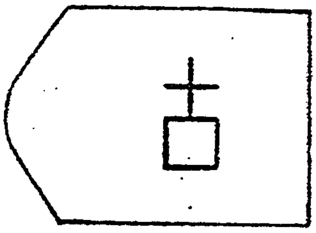
١



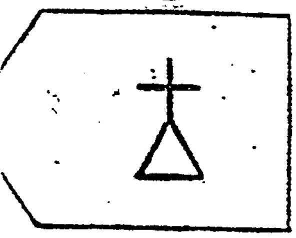
٢



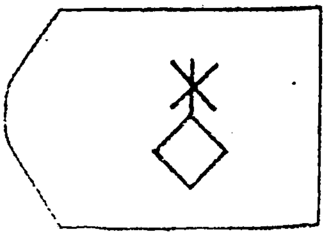
٣



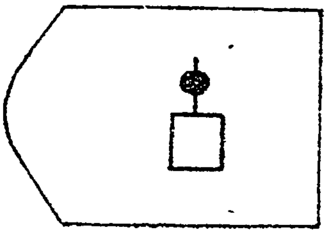
٤



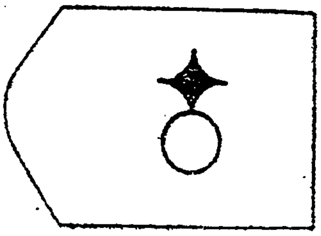
٥



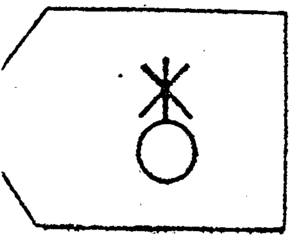
٦



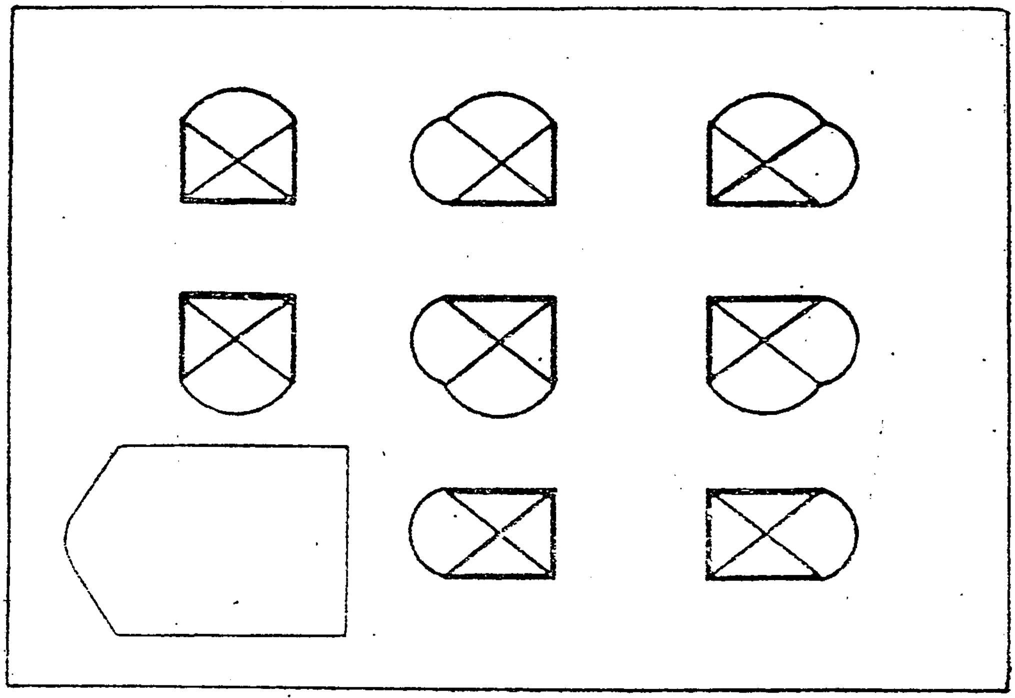
٧

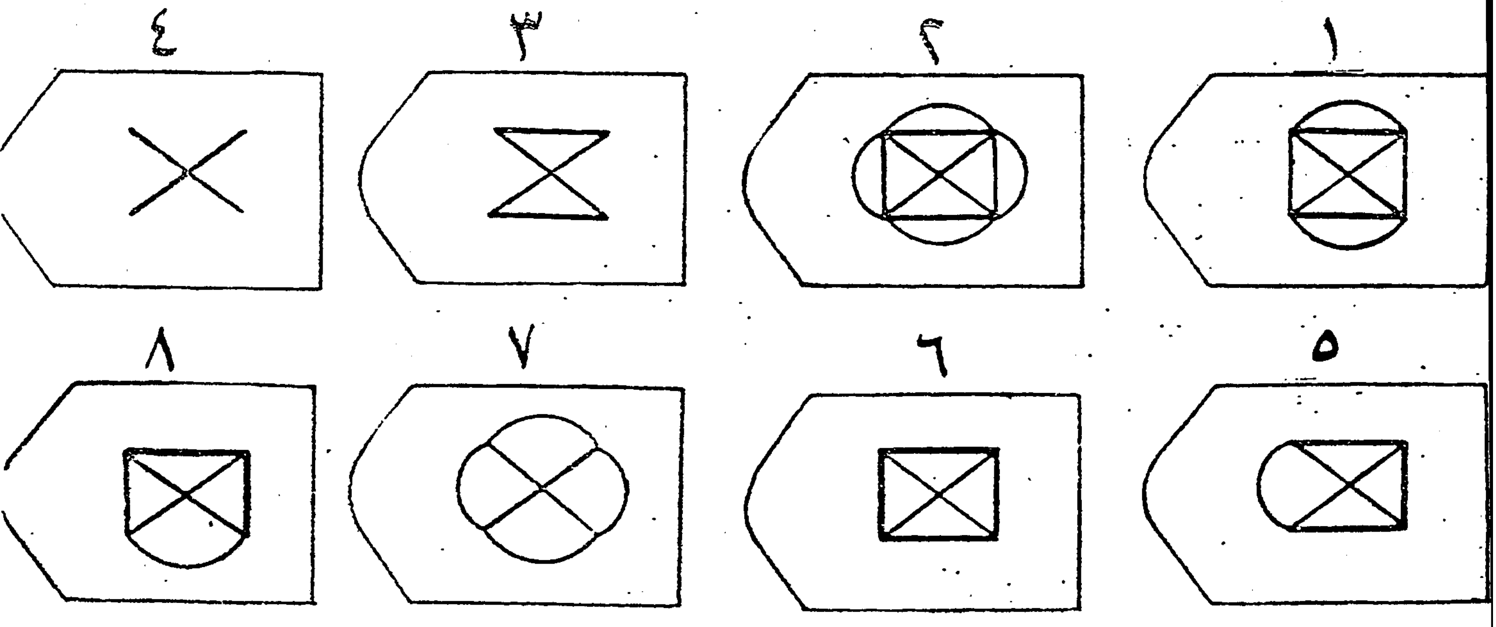


٨

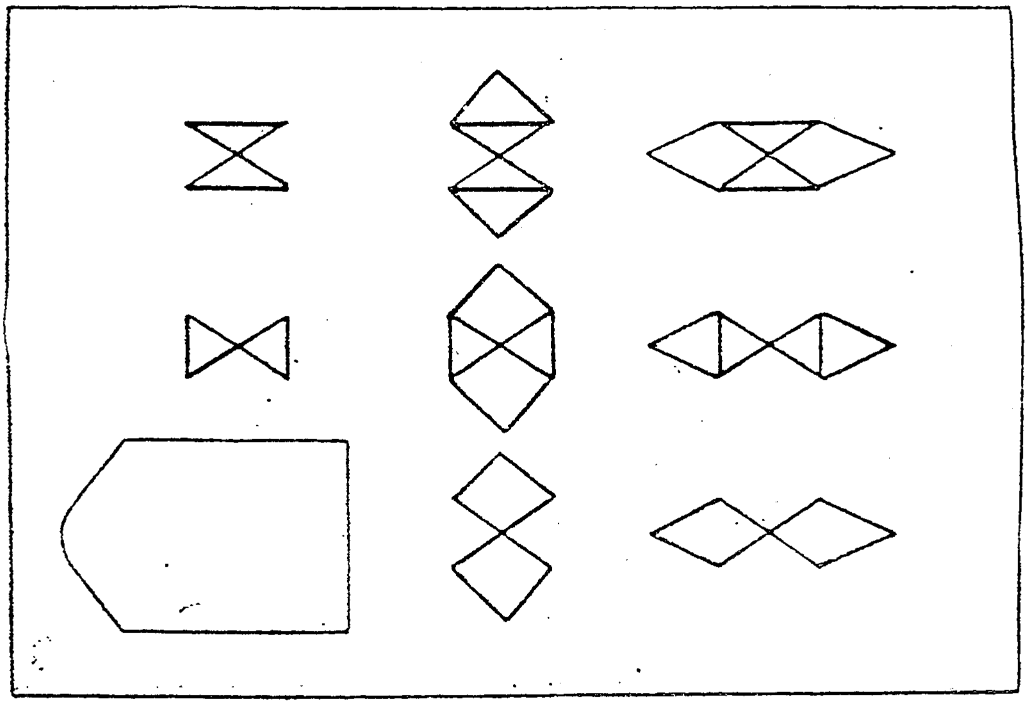


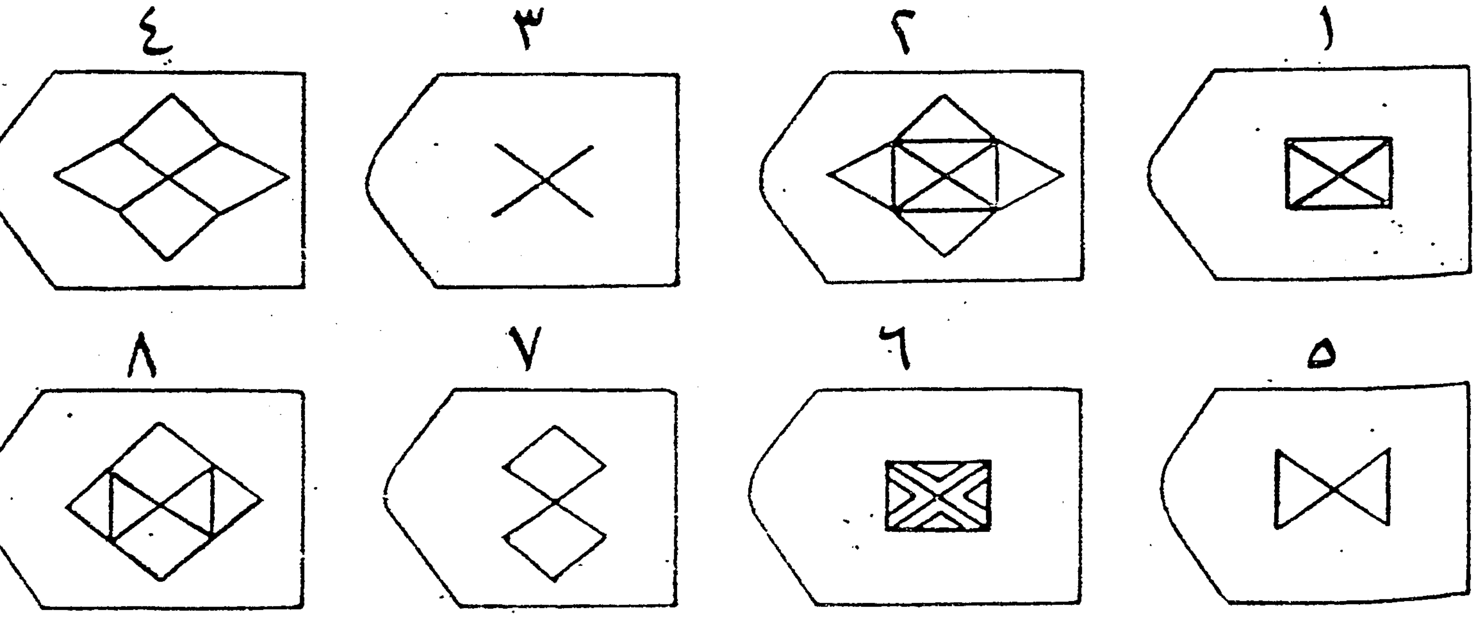
هـ-٨



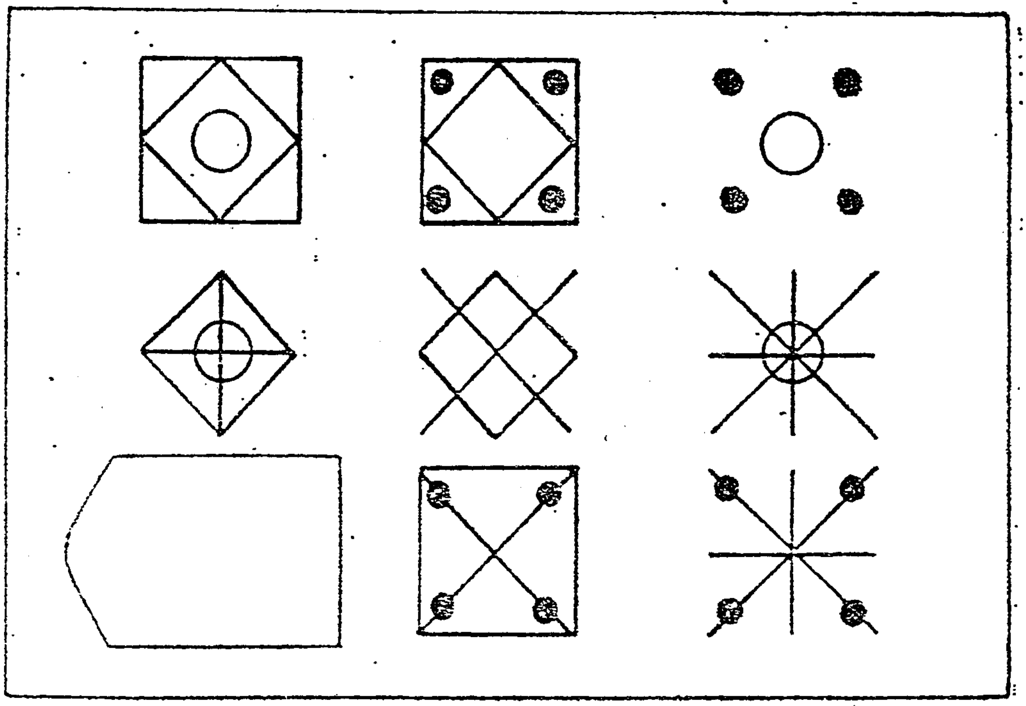


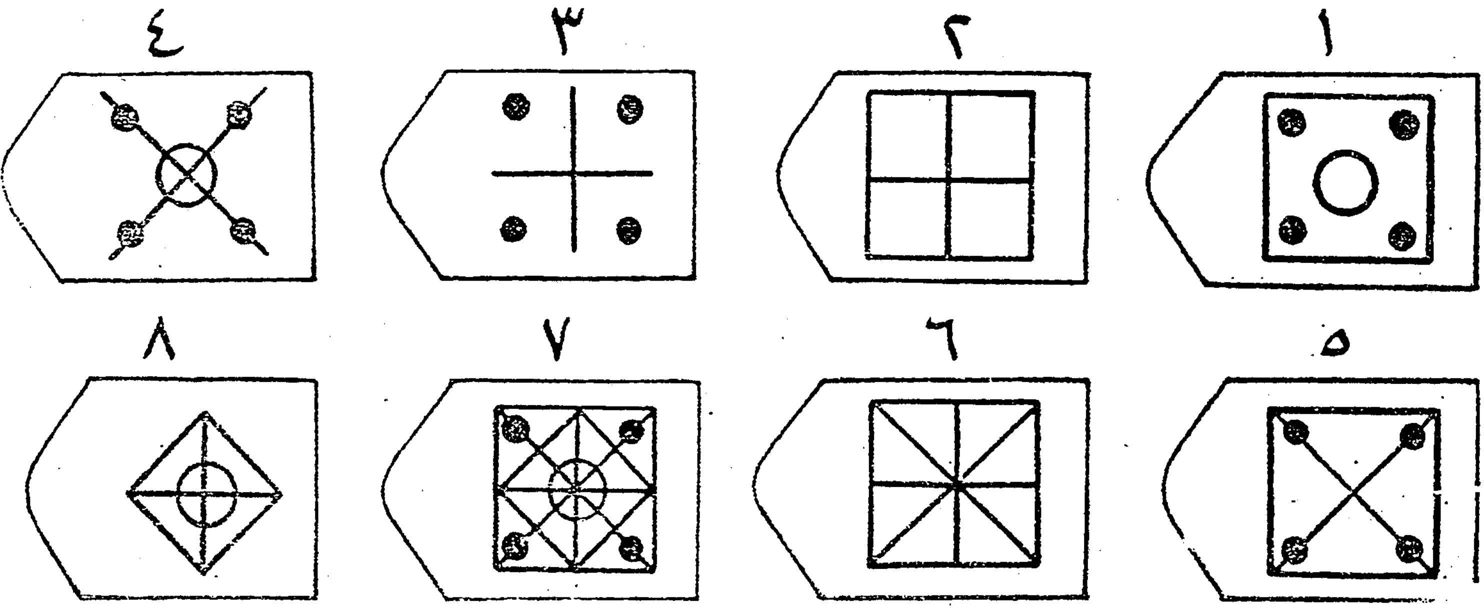
هـ٩



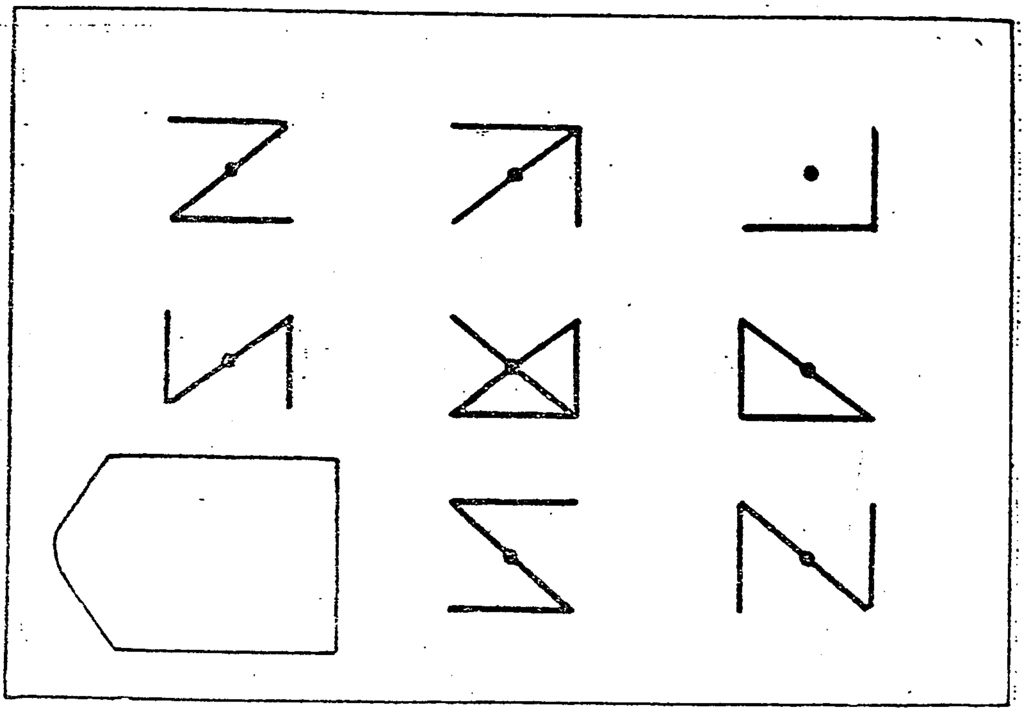


هـ١٠

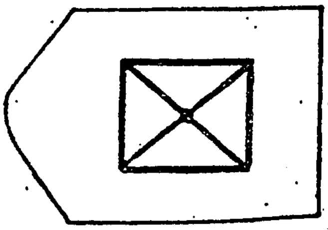




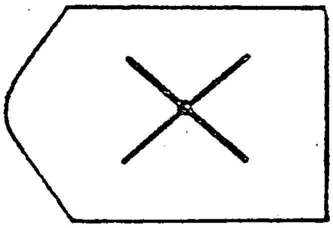
هـ١١



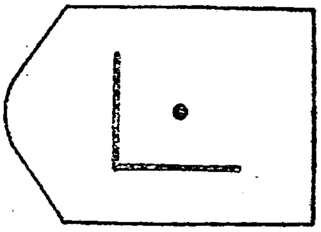
١



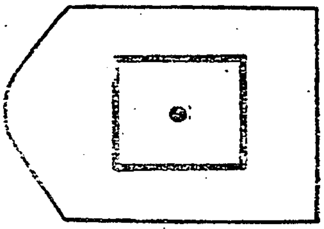
٢



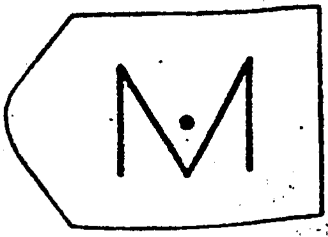
٣



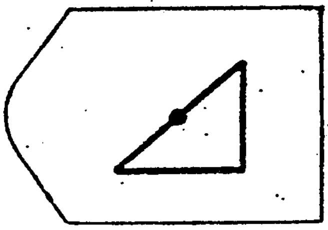
٤



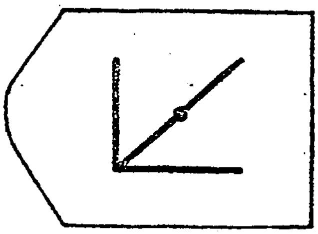
٥



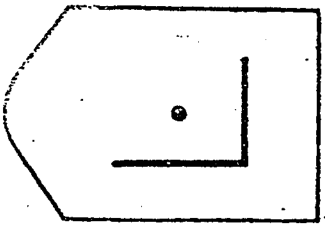
٦



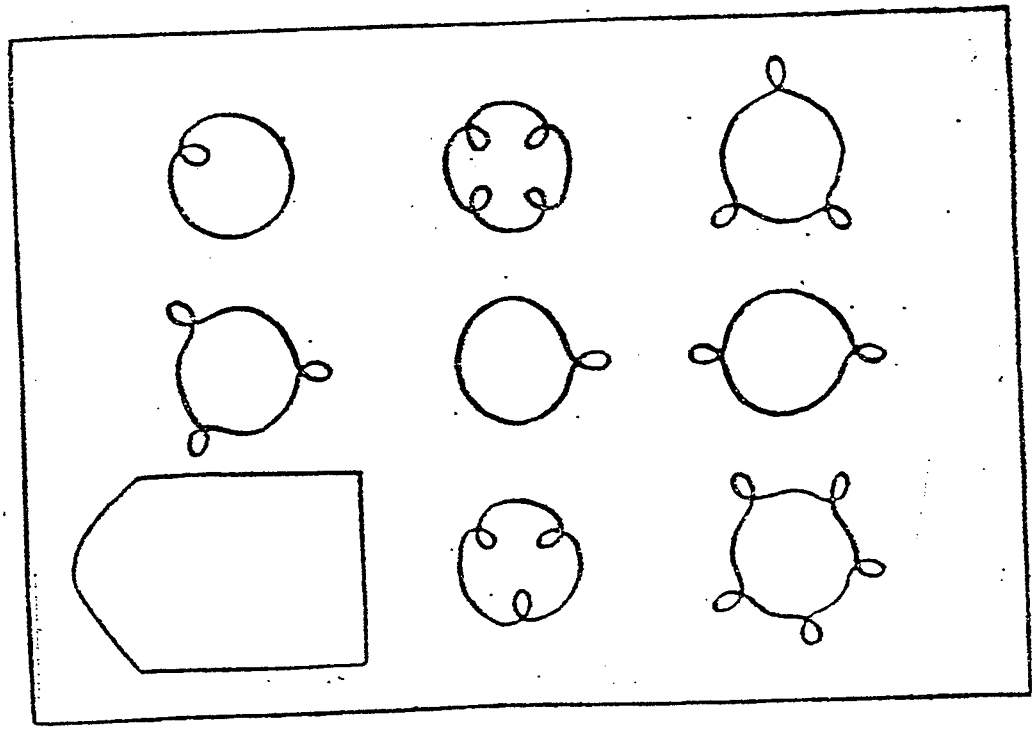
٧

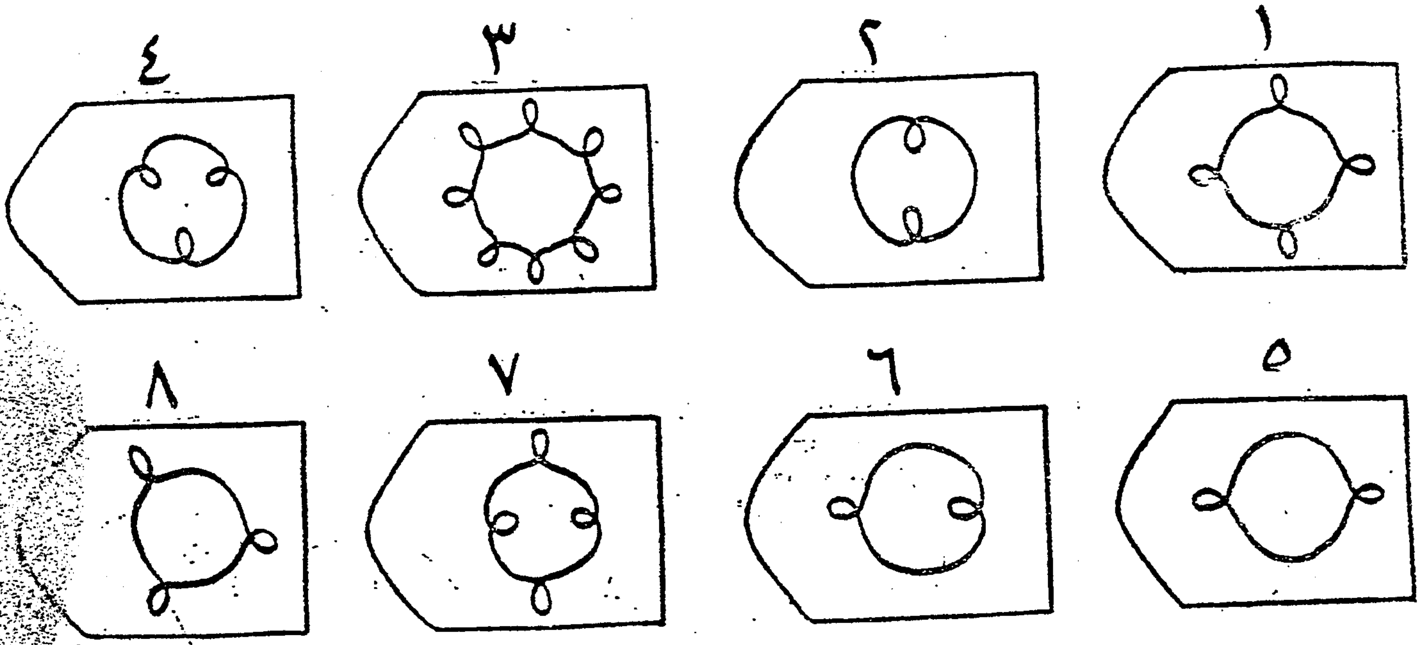


٨



هـ١٢





مجموعه أ			مجموعه ب			مجموعه ج			مجموعه د			مجموعه هـ		
رقم		الاجابه	رقم		الاجابه	رقم		الاجابه	رقم		الاجابه	رقم		الاجابه
أ ١	٤		ب ١	٢		ج ١	٨		د ١	٣		هـ ١	٧	
أ ٢	٥		ب ٢	٦		ج ٢	٢		د ٢	٤		هـ ٢	٦	
أ ٣	١		ب ٣	١		ج ٣	٣		د ٣	٣		هـ ٣	٨	
أ ٤	٧		ب ٤	٧		ج ٤	٨		د ٤	٧		هـ ٤	٢	
أ ٥	٦		ب ٥	١		ج ٥	٧		د ٥	٨		هـ ٥	١	
أ ٦	٢		ب ٦	٢		ج ٦	٤		د ٦	٦		هـ ٦	٥	
أ ٧	٦		ب ٧	٥		ج ٧	٥		د ٧	٥		هـ ٧	١	
أ ٨	٧		ب ٨	٦		ج ٨	١		د ٨	٤		هـ ٨	٦	
أ ٩	١		ب ٩	٤		ج ٩	٧		د ٩	١		هـ ٩	٣	
أ ١٠	٢		ب ١٠	٣		ج ١٠	٦		د ١٠	٧		هـ ١٠	٢	
أ ١١	٤		ب ١١	٤		ج ١١	١		د ١١	٥		هـ ١١	٤	
أ ١٢	٥		ب ١٢	٥		ج ١٢	٧		د ١٢	٦		هـ ١٢	٥	
المجموع			المجموع			المجموع			المجموع			المجموع		

الملحق الثالث

(ملحق رقم ٣)

استمارة البيانات والمعلومات الشخصية

١ - الاسم: **٢- السن:** **٣- الجنسية:** **٤- رقم الملف:**

٥ -الحالة الاجتماعية:

١- اعزب ( ).
٢- متزوج ( ).
٣- أرمل ( ).
٤- مطلق ( ).

٦- المستوى التعليمي:

١- أمي ( ).
٢- يقرأ ( ).
٣- يقرأ ويكتب ( ).
٤- ابتدائي ( ).
٥- متوسط ( ).
٦- ثانوي ( ).
٧- جامعي ( ).
٨- ماجستير ( ).
٩- دكتوراة ( ).

٧- المهنة:

١- قاضي ( ).
٢- مدير ( ).
٣- لايعمل ( ).
٤- سائق ( ).
٥- ربة منزل ( ).
٦- طالب ( ).
٧- موجه ( ).
٨- مدرس ( ).
٩- موظفة ( ).

١٠- سفرجي ( ).

١١- مهندس ( ).

١٢- خادم ( ).

١٣- متسبب ( ).

١٤- ميكانيكي ( ).

١٥- تاجر ( ).

١٦- عامل ( ).

١٧- محاضر ( ).

١٨- ممرض ( ).

١٩- نجار ( ).

تشخيص مرض السكر:

١- النوع الأول ( ).

٢- النوع الثاني ( ).

العامل الوراثي:

١- الأب ( ).

٢- الأم ( ).

٣- أحد الأقارب ( ).

٤- لايعلم ( ).

٥- الأب والأم معاً ( ).

٦- السمنة ( ).

مدة الإصابة بمرض السكر:

١- من - ٧ ( ).

٢- من ٨- ١٤ ( ).

٣- من ١٥- ٢١ ( ).

٤- من ٢٢- ٢٨ ( ).

٥- من ٢٩- ٣٥ ( ).

الملحق الرابع

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
مديرية الشئون الصحية بمكة المكرمة

الرقم ١/٣٩/٢٢/١٤١٤هـ
التاريخ ٨/٢/١٤١٤هـ
المشفوعات

ادارة الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية

نوره بنت عبد الستار محمد مياه

تعميم

سعادة مدير مستشفى الملك عبد العزيز/ الملك فيصل/ اجياد العام/ الولادة والاطفال المحترمين

سعادة المشرف العام على مستشفى حراء العام/ النور التخصصي المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

انطلاقا من مبدأ التعاون القائم بين جامعة ام القرى والشئون الصحية بالعاصمة المقدسة فقد تقدمت الطالبة المذكورة اعلاه الى قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة ام القرى بطلب اجراء دراسة على مرض السكر بعنوان (السمات الشخصية والخصائص العقلية لدى مجموعة من مرضى السكر بمدينة مكة المكرمة) والمحال الينا برقم ١/١١٥ وتاريخ ١٤١٤/٢/٦هـ .
وحيث انه لامانع لدينا يعتمد تقديم كافة التسهيلات اللازمة للطالبة المذكورة اعلاه .

ولكم اطيب تحياتي

مدير الشئون الصحية بالعاصمة المقدسة

عمران محمد امين كاتب

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المملكة العربيـة السعودية
وزارة التعليـم العـالى
جامعة أم القرى

الرقـــم :............
التـاريخ :............
المشفوعات :............

سعادة مدير الشئون الصحيه بالعاصمه المقدسه الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاتـــــه .... وبعـد

نفيدكم بأن الطالبه / نوره بنت عبدالستار محمد مياه ، احدى طالبات الدراسات العليالمرحلة الماجستير بقسم علم النفس بكلية التربيه بجامعة أم القرى بمكه المكرمه تقوم فى الوقت الراهـــن بدراسه بعنوان ((السمات الشخصيه والخصائص العقليه لدى مجموعة من مرضى السكر بمدينة مكـــه المكرمه)) وانطلاقامن مبدأ التعاون العلمى القائم بين الموءسسات التربويه والقطاعات الصحيه.
نأمل من سعادتكم الموافقه على تطبيق بعض الاختبارات النفسيه على العينه المختاره لدراســة هذه الطالبه ومساعدتها نحوتمكنها من تطبيق هذه الاختبارات فى مستشفيات مدينة مكه المكرمه.
شاكرين لسعادتكم كريم تعاونكم معنا
وتقبلوامنا خالص التحيات والتقدير،،،،،،

عميد كلية التربيه بمكه المكرمه

د/ حسن بن على مختـــــار

الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية

جامعة ام القرى
مكة المكرمة ص.ب : ٧١٥
برقيا : جامعة ام القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٤١ م.ك جامعة
فاكسميلي : ٥٥٦٤٥٦٠
تليفون : ٠٢-٥٥٧٤٦٤٤ (١٠ خطوط)

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Telex 540026 Jammka SJ
Faxemely 5564560
Tel - 02 - 5574644 (10 Lines)

مطابع جامعة أم القرى